

MÁRCIA VALÉRIA SOUSA BARBOSA

**COLABORAÇÕES DO TESTE HTP PARA INVESTIGAÇÃO
DA DEPRESSÃO E ANSIEDADE EM UM ESTUDO DE CASO
NO CONTEXTO DA AVALIAÇÃO PSICOLÓGICA**

Brasília, DF.

Brasília, 2014

MÁRCIA VALÉRIA SOUSA BARBOSA

**COLABORAÇÕES DO TESTE HTP PARA INVESTIGAÇÃO
DA DEPRESSÃO E ANSIEDADE EM UM ESTUDO DE CASO
NO CONTEXTO DA AVALIAÇÃO PSICOLÓGICA**

Monografia apresentada à Faculdade de
Psicologia do Centro Universitário de Brasília
– Uniceub como requisito parcial à
conclusão do curso de Psicologia.

Professor-orientador: Frederico Guilherme
Ocampo Abreu.

Brasília, DF.

2014

FOLHA DE AVALIAÇÃO

Autor: Márcia Valéria Sousa Barbosa

Título: Colaborações do Teste HTP para investigação da depressão e ansiedade em um estudo de caso no contexto da avaliação psicológica

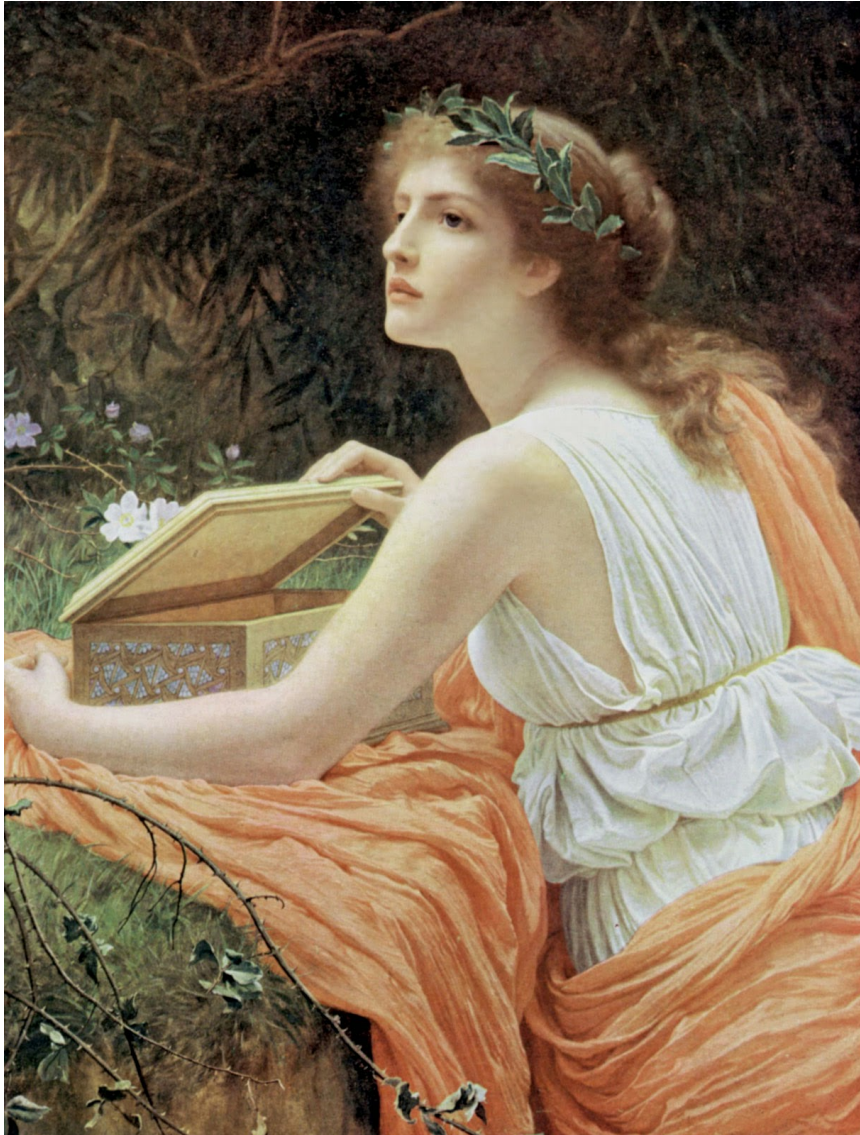
Banca Examinadora:

Professor Frederico Guilherme Ocampo Abreu

Brasília, DF.

2014

DEDICATÓRIA



“Ao abrir a pesada tampa da caixa, Pandora soltou todos os males que afligem a humanidade. Assustada com o seu gesto, ela a fechou rapidamente, deixando aprisionada somente a Esperança. Persuadida a libertá-la, Pandora abriu novamente a caixa; foi assim que a esperança saiu voando para aliviar os sofrimentos dos homens”.

Teogonia – Hesíodo

AGRADECIMENTOS

Se há algo que merece ser destacado nesse momento é um profundo agradecimento a essa aventura que é Viver. Esse mistério que simplesmente não se explica, mas que é possível ser compartilhado.

Compartilho, portanto, um sentimento de gratidão por todos aqueles que contribuíram para que esse momento fosse possível. Dessa forma, agradeço ao professor Frederico Guilherme Ocampo Abreu por todo o seu ânimo e disponibilidade em participar dessa pesquisa e contribuir com sua vasta experiência sobre tema de avaliação psicológica.

Agradeço ainda aos meus colegas de turma, professores, colaboradores do Uniceub e do CENFOR por fazerem parte dessa jornada e por contribuírem com a visão de um novo mundo sempre... Meu muito obrigada!

Sou grata a “pappy’s, mammy’s e brother”. Pessoas que me inspiram diariamente a seguir à diante e a avançar sempre. Ao meu pai por sua solidez, a minha mãe por sua alegria de viver e ao meu irmão por seu companheirismo.

Nesse “caminhar”, a Vida continua a me presentear, me possibilitando cruzar com pessoas que iluminam a minha existência, que me transformam e me encorajam a buscar algo que dignifique o viver. Grata sou à todos os meus “irmãos” Acropolitanos de diferentes nacionalidades.

Diante desse mistério, há um dentre muitos que ressalto, a amizade. São aquelas pessoinhas que aquecem o meu coração de uma maneira indizível. São elas, as “Lindinhas”, as que me acompanharam, me escutaram, me incentivaram, me levantaram, me suportaram... Obrigada, flores do meu jardim!

À Isabella Ruzzante, todo o meu carinho e amor. Por nossas conversas, nossas crises, nossos embates diante da vida e desse tema que nos mobiliza, que é o “demasiadamente humano”.

À Tati, amiga de uma vida inteira, simplesmente por sua presença, meu muito obrigada.

À Meire, minha eterna manicure, cabelereira, “terapeuta”. Por suas palavras, por sua sabedoria e pelo seu profundo amor pelo humano. Obrigada, xuxu!

À você que se intriga diante do mistério da Vida e especialmente ao enigma que é o ser humano. É a você que também compartilho esse pequeno trabalho.

EPÍGRAFE

A Dor Azul¹

A menina sentia uma dor azul todos os dias, ali pelas cinco horas da tarde. Não era uma dor grandona, de puxar o choro para fora. Era só uma dorzinha. Mas era uma bem azulona. Achavam que era maluquice. “Dor não tem cor!”

Mas como a dor azul não passava, começaram a achar que ela doía mesmo. Levaram a menina para todos os médicos do mundo, fizeram todos os exames que existiam, e ninguém descobriu o que era aquilo. Procuraram então um psicólogo e, é claro, que ele achou que aquilo era psicológico. A dor azul não queria saber. Ia e vinha. Sempre na mesma hora.

Os anos foram passando e o azul da dor continuava colorindo as tardes da menina. Só as tardes. De manhã, ela sentia uma saudade lilás. E, à noite, um desejo prata que ela não sabia bem de quê.

A menina cresceu. E um dia conheceu um rapaz que sentia uma vontade violeta de espirrar nas manhãs nubladas. Eles se gostaram, um gostar laranja que foi se avermelhando sem parar, até que se casaram, numa noite dourada de alegria, cheia de luzinhas roxas de paixão.

Um ano depois, numa madrugada de cheiros cor-de-rosa, ela teve uma filhinha. E nunca ela tinha sentido um carinho tão verde em toda sua vida.

A filha da menina cresceu, herdou a vontade violeta de espirrar do pai e, da mãe, o desejo prateado. E a menina, que já era mulher, descobriu que o nome da dor azul, como está no dicionário, é desassossego. E que esse desassossego queria dizer, mais ou menos, em palavras de adultos “Como será que vai ser a minha vida?”.

Puro Desassossego...

¹ <http://livraria.folha.com.br/livros/5-a-7-anos/sete-historias-contar-adriana-falcao-1022565.html>

RESUMO

Este estudo é sobre como o teste HTP pode contribuir para a avaliação psicológica de um caso de depressão e ansiedade mista. A sobreposição de sintomas de ansiedade e depressão ainda é uma dificuldade para um diagnóstico adequado com o foco no tratamento do cliente. Dessa forma, realizou-se uma revisão da literatura sobre a depressão e ansiedade, seguido de como o processo de Avaliação Psicológica é realizado. A avaliação psicológica gera indicadores que podem auxiliar os profissionais à detectar a nosologia de determinado sintoma. A metodologia utilizada foi o estudo de caso envolvendo a análise do prontuário psicológico de uma paciente que apresenta depressão e ansiedade, que buscou auxílio psicológico no CENFOR/Uniceub. Os resultados apontaram para vários contributos positivos do teste HTP para a avaliação final de depressão e ansiedade. O teste auxiliou a construir elementos indicadores com a contribuição dos demais testes e das etapas da Avaliação Psicológica. Observou-se ainda a importância de trabalhar de maneira multidimensional ampliando o campo de conhecimento para que a pessoa que busca uma avaliação psicológica possa ser o foco de todo estudo realizado.

Palavras-chave: Ansiedade. Depressão. HTP. Avaliação Psicológica.

ABSTRACT

This study is about how the HTP test could contribute to the Psychological Assessment of a case of mixed depression and anxiety. The overlap of symptoms of anxiety and depression is still creates difficulty in making accurate diagnosis focusing on customer treatment. First, a review of literature on depression and anxiety was carried out, followed by the setting up of the steps to perform the psychological assessment. Psychological assessment is a means of generating indicators that can help professionals detect the nosology of a particular symptom. The methodology was a case study involving the analysis of the psychological report of a female patient suffering from depression and anxiety, who was being seen at CENFOR/UniCeub. The results pointed to several positive contributions of the HTP test to the final diagnosis of depression and anxiety. It helped to create a set of indicators within the framework of the other tests and the other steps of the psychological Assessment. We also observed the importance of working in a multidimensional way, expanding the field of knowledge so that the person seeking a psychological assessment can be the focus of the whole study carried out.

Keywords: Anxiety. Depression. HTP. Psychological Assessment.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	11
CAPÍTULO I – DEPRESSÃO E ANSIEDADE: FUGITIVAS DE PANDORA	16
1.1 Um pouco de História	18
1.2 Depressão e Ansiedade: Posso ter os dois?.....	22
1.3 O que dizem os Manuais: CID-10 e DSM-V	24
CAPÍTULO II – A AVALIAÇÃO PSICOLÓGICA: UM DOM POSSÍVEL	28
2.1 A Avaliação Psicológica	29
2.2 Psicodiagnóstico	33
2.3 O Teste Projetivo: Casa-Árvore-Pessoa (H.T.P)	34
CAPÍTULO III – METODOLOGIA	39
3.1 Tipo de Estudo	39
3.2 Participante	40
3.3 Local	40
3.4 Instrumentos.....	40
3.5 Estratégias de Coleta das Informações	40
3.6 Estratégias de Análise das Informações.....	41

CAPÍTULO IV – O CASO: O MISTÉRIO DE PANDORA	43
4.1 A Cliente	43
4.2 Sua Demanda	43
4.3 Procedimentos	43
4.4 História Clínica	43
4.5 História Pessoal.....	44
4.6 Hipótese Diagnóstica	45
4.7 Análise dos Procedimentos Utilizados.....	46
4.8 Análise do HTP	47
4.8.1 A Casa	47
4.8.2 A Árvore	47
4.8.3 A Pessoa.....	48
4.8.4 A Pessoa de sexo diferente	49
4.9 Análise do Caso	49
CONSIDERAÇÕES FINAIS	55
REFERÊNCIAS.....	57
ANEXOS	60
ANEXO I – TERMO DE CONSENTIMENTO	61
ANEXO II – PARECER DE APROVAÇÃO COMITÊ DE ÉTICA	62
ANEXO III – IMAGEM DO TESTE HTP.....	65

1. INTRODUÇÃO

Relatos, conversas, papos em mesas de bares, leituras, livros, telejornais, telenovelas discorrem sobre a depressão e a ansiedade como um mal-estar comum para a civilização atual. O Relatório Mundial da Saúde (2002) classifica a depressão grave como a doença que ocupa o quarto lugar entre as dez principais a nível mundial e a ansiedade em muitos casos é um fator coexistente.

Ao pensar no atual momento histórico, Araújo (2010) refere-se ao sujeito “pós-moderno” como um ser imediatista, hedonista, despedaçado, desenganado, ansioso e deprimido que procura informação, independência e principalmente autonomia e individualidade características essas que trazem como consequência uma ênfase na subjetividade e uma visão do outro apenas como um objeto para a realização de seus desejos.

Para Lipovetsky (2004),

nasce toda uma cultura hedonista e psicológica que incita à satisfação imediata das necessidades, estimula a urgência dos prazeres, enaltece o florescimento pessoal, coloca no pedestal o paraíso do bem-estar, do conforto e do lazer. Consumir sem esperar; viajar; divertir-se; não renunciar a nada: as políticas do futuro radiante foram sucedidas pelo consumo como promessa de um futuro eufórico (LIPOVETSKY, 2004, p. 61).

Bauman (2005) diz que deslocar as responsabilidades de escolha para “os ombros do indivíduo” mostra a “liquefação” das estruturas e instituições sociais. A medida em que se assiste o desmantelamento do Estado-previdência, observa-se que os indivíduos perdem seu porto seguro. Há dessa forma, um anseio por um pertencimento, que não se encontra mais no social. É a partir daí, que o sujeito busca se encontrar, afirmar sua identidade. Para Bauman (2005), essa afirmação de identidade leva a uma angústia porque é instável, logo, líquida.

Para a grande maioria dos habitantes do líquido mundo moderno, atitudes como cuidar da coesão, apegar-se às regras, agir de acordo com os precedentes e manter-se fiel à lógica da continuidade, em vez de flutuar na onda das oportunidades mutáveis e de curta duração, não constituem opções promissoras. Se outras pessoas as adotam (raramente de bom grado, pode-se estar certo!), são prontamente apontadas como sintomas da privação social e um estigma do fracasso na vida, da derrota, da desvalorização, da inferioridade social. Na percepção popular, elas tendem a estar associadas à vida numa prisão ou num gueto urbano, a ser classificadas como pertencentes à detestada e abominada “subclasse”, ou a ser confinadas nos campos de refugiados sem pátria... (BAUMAN, 2005, p.60).

Assim é que a busca das identidades se converte em um movimento ambíguo: tanto se almeja o acolhimento de um “nós” ao qual se integrar, quanto, através de novas identidades, a liberdade de vagar sem amarras. Por um e outro caminho (no

pertencimento a um “nós” e na possibilidade de assumir novas faces), deseja-se, antes de tudo, o reconhecimento. A luta pela identidade é, assim, nessa modernidade líquida uma luta por pertencimento (FRANÇA, 2010, p. 220) que acaba gerando confusões, conflitos e contradições nas emoções, afinal surgem questionamentos como: reconhecimento de quem e de quê? Quem está me reconhecendo e o que se está reconhecendo? É nesse momento que o contexto social pode interferir numa subjetividade individual e provocar um adoecimento, uma repetição da norma instituída.

A pesquisadora entende o indivíduo como gerador do seu micromundo, mesmo que ele esteja inserido em um contexto cultural mais amplo, ele é, em um certo ponto, autônomo para ressignificar sua existência. Ele pode sucumbir ao modelo vigente ou subverte-lo. Em qualquer uma das situações terá que se responsabilizar por suas escolhas. Isso pode trazer prazer ou desprazer, saúde ou doença, alegria ou tristeza e de forma recursiva um conhecimento de si mesmo.

Esse caráter contraditório do viver sempre acompanhou o ser humano. Dentro do contexto cultural atual, o homem é o seu capital. Ehrenberg (2010, citado por FRANÇA, 2010, p. 222) diz que “diante da perda de substância do social, ao declínio político e do peso que é transferido ao indivíduo, o egoísmo é seu último refúgio”. Essa forma de viver remete a consequências psíquicas e sociais.

A concepção de homem que é hegemonicamente difundida nos dias de hoje é a concepção de um ser a-histórico, abstrato, que busca, com a ajuda dos especialistas, chegar a uma verdade sobre si, a um essencialismo. O espaço que a mídia e os meios de comunicação oferecem a tal tipo de concepção tem aumentado de forma acelerada, o que faz pensar na grande demanda social que solicita tal tipo de saber e ajuda a legitimá-lo. (DANTAS e MOURA, 2011).

No último meio século, afirma Galeano (2003), as estatísticas mostram mudanças ocorridas nos países desenvolvidos que todos nós queremos imitar. Há uma ansiedade de comprar algo e ser comprado, angústia de perder e ser descartado: nos centros do privilégio, as pessoas duram mais, ganham mais e têm mais, mas se deprimem mais, enlouquecem mais, embriagam-se mais, drogam-se mais, suicidam-se mais e matam mais.

Assim, observa-se um adoecimento *continnum*, um sofrimento sem consciência, sem ressignificar a vida, que transfere o ser humano para uma imobilidade, no caso da

depressão e para a preocupação desenfreada, no caso da ansiedade. A clínica psicológica convive diariamente com esses fenômenos.

Ballone (2007) diz ainda que apesar de vários manuais de classificação de doenças mentais tratarem separadamente os quadros ansiosos dos afetivos, há pesquisas que preocupam-se em estabelecer relações entre esses dois estados psíquicos. O mesmo autor diz que são conhecidos os expressivos sintomas depressivos em doentes com transtornos ansiosos e parece não se justificar, simplesmente, falar em depressão secundária.

Atualmente enfatiza-se a teoria unitária, que aponta a ansiedade e a depressão como duas modalidades sintomáticas da mesma afecção. De acordo com Ballone (2007), essa tendência unitária é reforçada pela eficácia do tratamento com antidepressivos, tanto para os quadros ansiosos quanto para os casos de depressão.

Apesar da diferença entre as teorias, unitária e dicotômica, o objetivo desse trabalho é compreender como o Teste Projetivo House-Tree-Person (HTP)² pode servir de ferramenta para o Processo de Avaliação Psicológica para o estudo da personalidade em que a ansiedade e a depressão estejam presentes.

O HTP possibilita identificar aspectos da personalidade do sujeito por meio do desenho. Foi autorizado para o uso no Brasil, por meio da Resolução do CFP, n.002/2003 e foi criado por John Buck em 1949. Este instrumento foi aprovado pelo Sistema de Avaliação dos Testes Psicológicos (SATEPSI), em janeiro de 2004³.

De acordo com Silva et al (2010, citado por Borsa 2010), o HTP é uma das técnicas mais utilizadas por psicólogos brasileiros e é um dos testes mais ensinados nos cursos de formação em Psicologia.

Para Borsa (2010), o HTP tem como objetivo entender aspectos da personalidade do indivíduo bem como a forma deste indivíduo interagir com as pessoas e com o ambiente. Segundo a autora, o HTP “estimula a projeção de elementos da personalidade e de áreas de conflito dentro da situação terapêutica e proporciona uma compreensão dinâmica das características e do funcionamento do indivíduo” (BORSA, 2010, p. 151).

² Teste Projetivo Casa-Árvore-Pessoa.

³ <http://satepsi.cfp.org.br/listaTeste.cfm?status=1>

A metodologia da avaliação Psicológica, que é um processo flexível e não padronizado, tem por objetivo chegar a uma determinação sustentada a respeito de uma ou mais questões psicológicas através da coleta, avaliação e análise de dados apropriados ao objetivo em questão (URBINA, 2007); a aplicação da técnica projetiva do HTP auxilia no levantamento de indicadores que podem apontar a presença ou não do fenômeno a ser pesquisado.

O psicodiagnóstico visa “organizar os elementos presentes no estudo psicológico, de forma a obter uma compreensão do cliente a fim de ajudá-lo”(ANCONA-LOPES, 1984)

Dessa forma, o norte dessa pesquisa é estudar o que o desenho pode dizer sobre como os fenômenos de depressão e ansiedade afetam a personalidade de uma mulher que participou de uma Avaliação Psicológica no Centro de Formação do UniCeub.

O presente estudo está organizado em quatro capítulos. O primeiro deles refere-se a uma revisão bibliográfica sobre a ansiedade e depressão. O segundo capítulo tem como objetivo discorrer sobre a avaliação psicológica e sobre o Teste HTP. A metodologia dessa monografia encontra-se no terceiro capítulo. Por fim, o quarto capítulo é o estudo de caso propriamente dito seguido das considerações finais.



© UFS, Inc.

CAPÍTULO 1

DEPRESSÃO E ANSIEDADE: FUGITIVAS DE PANDORA

Tanto na obra “Teogonia” quanto “Os trabalhos e os dias”, Hesíodo conta sobre o mito de Prometeu, aquele deus que roubou o fogo dos deuses para dar aos homens. Chalita (2004) informa que Prometeu significa “aquele que vê o futuro”.

De acordo com o autor, Zeus, o deus soberano, ficou enfurecido com essa tentativa de Prometeu, pois esse era o segredo dos deuses e não poderia cair nas mãos dos homens. É a partir desse momento que Zeus tem uma ideia de tentar punir Prometeu. Solicita a Hefesto, o deus artesão, que criasse uma mulher perfeita e apresentasse a todos os deuses gregos. Dessa maneira,

Athena, a deusa da sabedoria e da guerra, vestiu esta mulher com uma roupa branquíssima e adornou-lhe a cabeça com uma guirlanda de flores, montada sobre uma coroa de ouro. Hefesto a conduziu pessoalmente aos deuses, e todos ficaram admirados; cada um lhe deu um dom particular. Athena lhe ensinou as artes, como a arte de tecer. Afrodite lhe deu o encanto, que despertaria o desejo dos homens. As Cárites, deusas da beleza, e a deusa da persuasão ornaram seu pescoço com colares de ouro. Hermes, o mensageiro dos deuses, lhe concedeu a capacidade de falar, juntamente com a arte seduzir os corações através de discursos insinuantes. Depois que todos os deuses lhe deram seus presentes, ela recebeu o nome Pandora, que em grego quer dizer “todos os dons” (CHALITA, 2004, p. 26).

Então, Zeus entregou para Pandora uma caixa fechada e ordenou que ela entregasse, como um presente à Prometeu. Contudo, Prometeu não recebeu Pandora e sua caixa. O deus que vê o futuro alertou ao seu irmão, Epimeteu, que não aceitasse nenhum presente de Zeus. Entretanto, Epimeteu, aquele que reflete tarde demais (CHALITA, 2004, p. 26), encantou-se com Pandora e a pediu em casamento.

Epimeteu, dessa forma, abre a caixa e liberta “a Senilidade, a Insanidade, a Doença, a Inveja, a Paixão, o Vício, a Praga, a Fome e todos os outros males” (CHALITA, 2004, p. 26) tornando, assim, miserável a existência dos homens. Ao perceber o que tinha feito, Epimeteu fecha a caixa, mas antes de fazê-lo, observa que a Esperança é a única criatura alada que ficou. Dizem que é graças a ela que os homens conseguem enfrentar todos os males e não desistem de viver.

Esse mito retrata de uma maneira simples e direta a questão da esperança. De algo que todos temos: essa criatura alada interna prestes a levantar voo e crescer.

Contudo, a pessoa deprimida sente-se aprisionada por barreiras invisíveis como “devo...” e “não devo...” que a isolam, limitando-a e, portanto, tornando miserável a sua existência.

Lowen (1983) afirma que ao viver em uma prisão, a pessoa irá construir fantasias e tramar esquemas para que o mundo adeque-se ao seu olhar e seus sonhos. Contudo, esse sonho, que na verdade é uma ilusão, se esvai. É quando o esquema falha. É como se a criatura alada perdesse suas asas e, portanto, a esperança e o que antes era colorido, vira opaco. Quando isso acontece, a pessoa torna-se deprimida e sente-se desesperada.

Para esse autor,

A mente humana tem a tendência de se prender ao objeto perdido e negar a realidade de sua perda. Ela faz isso para evitar a dor da separação. Consequentemente, se a dor não for liberada pela tristeza, a separação é incompleta e o ego permanece ligado ao objeto perdido e inibido na sua capacidade de estabelecer novas relações (LOWEN, 1983, p. 93).

Muitas vezes a pessoa que sente uma dor, a reprime o que resulta em uma redução dos aspectos vitais da personalidade do indivíduo. Ao invés da pessoa lamentar a sua tristeza, de chorar, de gemer, ficar com raiva da perda ou até mesmo insultar outros para soltar ou aliviar a sua dor, ela empobrece sua vida emocional suprimindo os sentimentos de dor. Daí Freud, diz Lowen (1983), ter notado que “na tristeza o mundo torna-se pobre e vazio, na melancolia é o próprio ego” que se torna pobre e vazio”. (LOWEN, 1983, PG. 93)

A depressão é uma perda de sentimentos e Freud concluía em seus ensaios que “a melancolia consiste na tristeza da perda da libido” (FREUD citado por LOWEN, 1983, p. 94). Quem quer que tenha contato com uma pessoa deprimida percebe que ela constantemente lamenta sua falta de sentimentos, interesse e desejo.

Parece que a problemática pós-moderna recolheu todos os males da caixa de pandora e carrega consigo uma dolorida fragmentação do sujeito. O indivíduo parece estar imerso em um contexto que privilegia o particular e não mais o todo. Lampert (2005) comenta sobre esse ser humano cada vez mais desencontrado e perdido em um mundo ágil em que a todo momento surgem novos fenômenos e novos interesses.

Essa realidade afeta diretamente a forma de subjetivação do ser humano diante do seu contexto social. Birman (2003) aponta o desamparo como sendo o grande

responsável para a instauração do mal-estar que segundo ele, é típico em nossa sociedade. A necessidade de vangloriar o eu e a sua existência seriam os responsáveis por uma dor de viver que se reflete nas patologias atuais, principalmente, em ansiedade, com os transtornos de pânico e a depressão com a sensação de não pertencimento.

1.1 Um pouco de História

Antes de começar a análise histórica, é interessante tecer alguns comentários sobre a terminologia. O Manual de Depressão e Ansiedade destaca que, antes de tudo, deve-se notar que a diferenciação conceitual frequentemente aceita entre ansiedade e depressão é relativamente recente. A primeira acepção não-fóbica do conceito de ansiedade para a descrição da doença foi trazida recentemente, em meados do século XIX. O primeiro texto médico-psiquiátrico reconhecido como dedicado exclusivamente a uma forma não-fóbica de ansiedade data de 1848, de autoria de De Flemming Über Praecordialangst, citado por Schmidt-Degenhard (1986, citado por Glas, 2003).

Por não ter havido a necessidade de sistematizar uma distinção entre ansiedade e depressão até esta época, isto não significa que o espectro dos transtornos de ansiedade e depressão não tenham sido observados e/ou descritos anteriormente. Para Glas (2003), durante muito tempo, ambos os termos foram englobadas pelo conceito *latto* da melancolia. O Corpus Hippocraticum é um dos textos mais antigos que falam de como o medo e o desânimo foram referidos como as características proeminentes da melancolia. (GLAS, 2003)

Melancolia (grego: Chole Melaina, bile negra) e hipocondria (em grego: hypochondrios, sob o esterno) são termos antigos. O mesmo aplica-se ao conceito de mania. A palavra depressão (do latim: deprimere, pressionar para baixo) aos poucos entrou em uso durante o século XVIII (JACKSON, 1986 citado por Glas, 2003).

O termo ansiedade não tem origem nem no grego nem no latim, ao contrário do termo fobia (em grego: phobos, medo). A palavra ansiedade (em alemão: Angst, preocupação) provavelmente deriva da raiz indo-germânica *Angh*, o que significa diminuir, constrição, ou estrangular. Esta raiz reaparece na palavra *anchein* grega que significa estrangular, sufocar ou pressionar. A raiz *Angh* também sobreviveu em latim, por exemplo, em angor (asfixia; sensação de aprisionamento) e anxietas (recuar com

medo; se preocupar em demasia). O medo vem do *freisa* tronco alemão ou *Frasa*. (GLAS, 2003)

O autor afirma que os limites desses termos são vagos e que isso é verdadeiro para o termo melancolia, que abrange praticamente todas as formas de comunicação não-organicamente determinada em psicopatologia. Assim, Glas (2003) considera o desânimo como elemento central para a depressão, ao passo que, com relação à ansiedade, ressalta as sensações de aperto e de constrição na região do peito e na garganta.

É importante destacar que a raiz da palavra ansiedade não deriva de uma única origem. Dependendo da tradução dos autores clássicos da psicologia, a diferenciação entre angústia e ansiedade pode ser conceituada de maneiras distintas. Assim, para evitar confusão entre os termos angústia e ansiedade, ambos serão utilizados como sinônimos ao longo desse trabalho.

Na história, por aproximadamente 2.500 anos, os profissionais médicos têm distinguido as condições clínicas que chamamos de transtorno afetivo ou ansiedade de sentimentos cotidianos como o medo, inquietação e desânimo, sentimentos que oprimem cada um de nós, independente de seu tempo histórico. Assim, casos do passado se mostram úteis para entender também os da atualidade, e dessa forma, se observam semelhanças na sintomatologia, bem como na distinção entre a normalidade e a patologia. (GLAS, 2003)

Contudo, observa-se que há importantes diferenças na linguagem, na estrutura, na conceituação e na interpretação de cada época. Por exemplo, Hipócrates até boa parte do século XVII descrevia ansiedade e depressão pela doutrina de fluidos corporais (humores). E, de acordo com Glas (2003), até pouco tempo, todos os tipos de ideias que envolvem energia neural ofuscaram as discussões sobre fenômenos como a neurastenia, a inibição e agitação motora.

Ao conhecimento científico é dada ênfase especial e a atualidade é vista como sendo a superior em aclarar as trevas com os seus modelos explicativos. O que faz os cientistas atuais considerarem o que antes era importante como uma “simples mitologia fantástica para os entusiastas” (GLAS, 2003, p.1).

Dessa forma, Glas (2003) ainda diz que a história da medicina tornou-se uma atividade um tanto pitoresca, perseguida por alguns especialistas. Isto pode ou não ser

considerado lamentável. No entanto, essas disparidades, mais uma vez tornaram-se relevantes em um nível mais profundo de discussão, para os médicos, bem como para investigadores científicos. O autor refere-se aqui ao nível de conceitos básicos da medicina e aos estratos cultural e ideológico a partir do qual esses conceitos tomam forma e significam as emoções.

Assim, os modelos explicativos não são nem arbitrário nem coincidência, mas em vez disso estão intimamente ligados aos paradigmas atualmente vigentes em vários ramos da ciência. São esses paradigmas interpretações possíveis de uma realidade tanto pela pessoa que sofre como por aqueles ao seu redor. Portanto, não se pode dizer que a depressão e a ansiedade são fenômenos naturais que foram consistentemente expressos e vividos da mesma maneira ao longo dos séculos. O ponto de vista, segundo o qual apenas os modelos explicativos mudaram e não os próprios fenômenos, deve ser rejeitado (GLAS, 2003).

Nesse ponto de vista, pode-se inferir que mudanças acontecem e os modelos para explicar a ansiedade e depressão também deveriam mudar, pois os sintomas são mutáveis e apresentam a expressão da doença de acordo com o seu contexto histórico.

Visto deste ponto de vista, o estudo da história da medicina, em particular das doenças mentais, de repente tornam-se extremamente relevantes para uma compreensão clara de todos os tipos de modelos explicativos atuais. O histórico médico de ansiedade e depressão é, portanto, não apenas uma preocupação com o desenvolvimento científico interno, mas também envolve a interação de mudanças culturais e fenômenos psicopatológicos, incluindo as interpretações científicas de tais fenômenos. (GLAS, 2003)

São os conceitos construídos que irão significar o sofrimento individual, a preocupação com o paciente pode tornar-se ineficaz se não se considerar que a história da ansiedade e da depressão deve ser interpretada como sendo a interação de mudanças culturais e de mudanças não apenas em sintomas psicopatológicos, por si só, mas também de uma mudança na sua interpretação científica e cultural. (GLAS, 2003).

Tanto na Antiguidade como no Renascimento, a visão micro e macro do sujeito visto como doente mental o denomina como sendo a personificação de uma ruptura no equilíbrio sutil das forças cósmicas. Portanto, essas pessoas eram consideradas

diferentes, mas não tão diferentes a ponto de justificar o seu ostracismo ou o seu confinamento. (GLAS, 2003, 36) ?

A moralização da patologia humoral na Idade Média levantou a questão de onde a doença acabou e começou o pecado. Canguilhem (2009) diz que,

“É muito importante não confundir a doença com o pecado nem com o demônio. Mas, só porque o mal não é um ser, não se deve concluir que seja um conceito desprovido de sentido, ou que não existam valores negativos, mesmo entre os valores vitais; não se pode concluir que, no fundo, o estado patológico não seja nada mais que o estado normal.” (CANGUILHEM, 2009, p. 68)

A racionalização e mecanização da visão de mundo na era pós-cartesiana finalmente resultou em uma visão do doente mental na qual os elementos irracionais e incontroláveis de seu comportamento recebeu ênfase especial. Gonçalves e Sena (2001) ressaltam que é a partir do século XVIII que o homem inventou uma nova maneira de se perceber, uma nova maneira de vivenciar a condição humana.

O lado bestial da natureza humana revelou-se nas pessoas deprimidas e ansiosas. É este contraste com os tratamentos anteriores que ilustra até que ponto a dominação médica de emoções anteriormente incontroláveis tornou-se tanto o motivo quanto o princípio orientador da atividade teórica e terapêutica atual. (GLAS, 2003)

O autor argumenta que a fascinação atual de médicos e pesquisadores, com a abordagem biológica não é nenhuma surpresa, uma vez que esta abordagem parece trazer a promessa de controle e de resultados tangíveis, em contraste com os resultados imprevisíveis e muito menos obtidos por intervenção psicológica e social.

Pela dificuldade de ser intratável a realidade psicopatológica, é prudente emitir uma advertência neste ponto, não sem razão os médicos têm demonstrado um ecletismo surpreendente sobre a explicação teórica de várias formas de ver o fenômeno. (GLAS, 2003)

A partir da prática clínica, várias tentativas foram realizadas para refinar uma dada teoria ou combinação de teorias porque sempre observou-se um excesso na indefinição e imprevisibilidade da prática. Dessa forma, a história da classificação de ansiedade e depressão serve para enfatizar um ceticismo muitas vezes bastante apropriado na construção teórica (GLAS, 2003).

De um modo geral, a observação clínica longitudinal avançou na classificação dos transtornos de ansiedade, e especialmente na de transtornos de humor, mais do que

em qualquer classificação com base em premissas teóricas preconcebidas. Tendo em vista a controvérsia entre os unitários e os separatistas, uma combinação de pesquisa longitudinal e interdisciplinar (biopsicossocial) parece ser a promessa especial para o futuro. (GLAS, 2003)

Ressalta-se que disciplinas científicas, por exemplo, como a neurobiologia e a farmacologia tentam resolver os problemas de maneira objetiva implicando uma disparidade entre os resultados da investigação nestas disciplinas e inclusive na realidade clínica. Por fim, sabe-se que as construções científicas nem sempre se relacionam com a realidade em sua totalidade, mas apenas em aspectos do todo, ou seja, a identificação destas construções com a realidade, pode levar a algumas distorções. (GLAS, 2003)

A história conceitual de ansiedade e depressão repete ideias e as interpretações científicas só poderão ser verificadas a longo prazo que é quando se conseguirá perceber a tensão criada entre a teoria e uma realidade clínica mantendo, assim, uma fluidez entre o entendimento dos acontecimentos e os pressupostos teóricos (GLAS, 2003).

1.2 Depressão e Ansiedade: Posso ter os dois?

Para Mackinnon e Hoehn-Saric (2003), a depressão e a ansiedade coexistem tantas vezes em pacientes que é natural questionar se elas apresentam uma etiologia comum. O autor informa que diferentes síndromes clínicas podem ter a mesma etiologia assim como podem ter diferentes etiologias. O exemplo que ele sugere é o câncer de pulmão e a cirrose alcoólica ocorrendo concomitantemente.

O autor ainda ressalta que, o debate sobre se a ansiedade e depressão patológica constituem aspectos diferentes da mesma ou de uma doença distinta, embora muitas vezes se sobrepõem, não é novo, mas continua ser um problema por resolver.

Informa que para discutir as etiologias de ansiedade e depressão é preciso distinguir as respostas afetivas normais de respostas afetivas exageradas como visto em pessoas emocionalmente instáveis e de ansiedade categoricamente definida e transtornos depressivos. A questão fundamental colocada é se formas patológicas de ansiedade e depressão têm a mesma causa patológica.

É fato que se experimenta ansiedade e depressão na vida cotidiana e que desempenham importantes funções biológicas. Em uma “ansiedade normal” há o

aumento da motivação e do desempenho nas tarefas. Quando preocupado, o indivíduo aciona um aviso em si mesmo para se concentrar e avaliar se irá dominar ou fugir da situação. (MACKINNON & HOEHN-SARIC, 2003)

Em uma “depressão normal” há uma dor que ocorre após uma perda real ou percebida. A utilidade biológica da depressão pode ser, assim, para promover um comportamento de conduta. Alguns aspectos da depressão podem ser úteis como um meio de conservação de energia; a este respeito, os sintomas de depressão sazonal (letargia, aumento do sono, fissura por carboidratos) pode parecer adaptativo em uma economia agrária ou de caçadores-coletores no inverno. (MACKINNON & HOEHN-SARIC, 2003)

Um dos dilemas fundamentais da psiquiatria clínica é justamente a dificuldade de distinguir a ansiedade e a depressão de um estado de humor patológico extremo. Há frequente sobreposição de ansiedade e sintomas depressivos. Isso confunde ainda mais este dilema. Estima-se que 20 a 90% dos pacientes em pesquisas experimentam ansiedade e depressão (WETZLER & KATZ, 1989 apud MacKINNON & HOEHN-SARIC, 2003, p. 112). Numerosos estudos (RICKELS & SCHWEIZER, 1990; CORYELL et al., 1988 apud MacKINNON & HOEHN-SARIC, 2003) mostraram que os distúrbios de ansiedade podem conter um elemento de depressão e vice-versa.

Por isso, muitas escalas de avaliação de ansiedade contêm sub-escalas de depressão e escalas de depressão incluem também sub-escalas que descrevem sintomas psíquicos e somáticos de ansiedade. Instrumentos de avaliação que medem estados de humor simultâneos têm sido úteis para o reconhecimento de como os médicos separaram os pacientes não psicóticos de ansiedade de pacientes depressivos não psicóticos. (MACKINNON & HOEHN-SARIC, 2003, p.112)

Nem todos os pacientes com transtornos ansiosos e depressivos apresentam características mistas. Alguns pacientes com transtornos de ansiedade são livres de depressão clinicamente significativa e alguns pacientes com transtornos depressivos não experimentam níveis significativos de ansiedade. No entanto, a co-ocorrência frequente de sintomas de ansiedade e depressão em um subconjunto substancial de pacientes indica que a identificação de ansiedade misturada e transtornos depressivos é um primeiro passo importante para a descoberta de uma etiologia comum.

O quadro abaixo apresenta a sobreposição de alguns sintomas comum de depressão e ansiedade.

Quadro 1 – Sobreposição de sintomas de depressão e ansiedade

Depressão	Sobreposição	Ansiedade
Humor depressivo Ruminações do passado Perda de interesse Lentificação Aumento ou perda de peso	Irritabilidade, pânico Ruminações negativas Preocupação Isolamento social, angústia Agitação Insônia, diminuição de concentração Dor crônica, fadiga, sintomas GI	Hipervigilância Preocupação com o futuro Agorafobia

Fonte: Quevedo & Silva, 2013, p. 150

Após identificar os sintomas de sobreposição que podem ocorrer em um caso de depressão relacionado a ansiedade, há ainda a problemática da “depressão clínica comórbida com um transtorno de ansiedade está associada a um curso mais persistente de transtorno, maior gravidade do sintoma e maior prejuízo ou incapacidade funcional”. (HUNTET et al., 2004 apud BECK & CLARK, 2012, p. 21).

1.3 O que dizem os Manuais – CID-10 E DSM-V?

A maioria expressiva dos autores não creditam que a ansiedade e depressão participam da mesma afecção. Entretanto, quase todos reconhecem existir alguma coisa em comum nesses dois fenômenos. (BALLONE, 2007)

A classificação Internacional de Doenças, em sua décima edição - CID-10, apresenta o conceito de Transtorno Misto Ansioso e Depressivo (TMAD), no que reconhece que na prática clínica ocorrem, frequentemente, casos nos quais ambos os sintomas ansiosos e depressivos são, de número ou intensidade, limitados e não suficientes graves para preencher os critérios diagnósticos de transtornos específicos depressivos ou ansiosos. (STOPPE JUNIOR & CORDÁS, 2002).

Tanto o DSM-IV como Dalgalarro (2000) identificam a presença de ansiedade e depressão como sendo uma condição caracterizada pela associação dos sintomas depressivos e ansiosos e o classificam como Síndrome mista de ansiedade e depressão. Ressalta-se que, nesse caso nenhuma das duas síndromes (depressiva e ansiosa) é grave o suficiente para individualmente constituir um diagnóstico único.

A referencia para o diagnóstico é a detecção da associação de sintomas depressivos com sintomas de estados ansiosos. O indivíduo passa a apresentar uma angústia intensa, não consegue ficar quieto, caminha de um lado para o outro, desespera-se. Associam-se a estes os sintomas orgânicos verificados nos estados ansiosos, tais como tremores, cansaço fácil, sensação de falta de ar ou asfixia, batadeira no peito ou coração acelerado, suor excessivo, mãos frias e suadas, boca seca, tonteira, ânsia de vômitos, diarreia, desconforto abdominal, ondas de calor, calafrios, micção frequentes, dificuldade para engolir, sensação de “bolo na garganta”, dentre outros. (DALGALARRONDO, 2000)

As manifestações depressivas mais frequentes são a tristeza excessiva, melancolia, choro fácil ou frequente, apatia e indiferença com as coisas, sensação de falta de sentimento, de tédio, aborrecimento crônico, maior irritabilidade especialmente com situações corriqueiras que usualmente não incomodavam a pessoa, desespero, desesperança. (DALGALARRONDO, 2000)

A estes sintomas depressivos acima descritos há diversos outros, como desânimo, redução da vontade, insônia ou um sono elevado, redução ou aumento de apetite, redução de apetite sexual, diminuição da resposta sexual, incapacidade de obter prazer em diferentes setores da vida. Também surge ideação negativa, pessimismo em relação a tudo, ideias de arrependimento e culpa, ruminações com mágoas passadas, idéias de morte, desejo de desaparecer, dormir para sempre. (DALGALARRONDO, 2000)

Recentemente foi publicado uma nova controversa versão do DSM, o DSM-V, que reconhece o episódio misto e o acrescenta na atual versão do manual. Alguns pesquisadores parecem não concordar com a posição da APA e apontam que para que ocorra essa classificação é necessário que ocorram mais estudos, tendo em vista que esse critério não é relevante para o tratamento psiquiátrico. (BATELAAN, 2012). Entretanto, a APA ressalta que as mudanças refletem exatamente no benefício do diagnóstico e no cuidado.

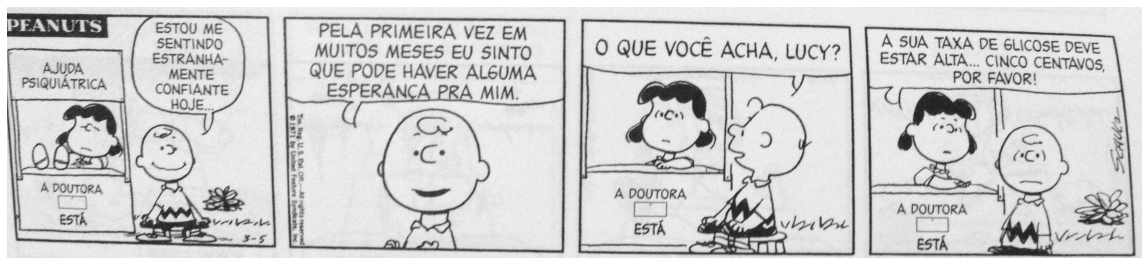
De acordo com a APA⁴, no DSM-IV, o diagnóstico de episódio misto necessário para um indivíduo era atender simultaneamente a todos os critérios para um episódio de depressão maior e ter um episódio de mania. O grupo de trabalho do DSM-V reconhece

⁴<http://www.dsm5.org/Documents/Mixed%20Features%20Specifier%20Fact%20Sheet.pdf>

que as pessoas raramente satisfazem todos os critérios para ambos os tipos ao mesmo tempo. Assim há uma nova forma de classificar, o novo DSM-V exige como critério a presença de pelo menos três sintomas maníacos / hipomania que não se sobrepõem com os sintomas da depressão. No caso da mania ou hipomania, o critério irá requerer a presença de pelo menos três sintomas de depressão em conjunto com o episódio de mania / hipomania.

Em conformidade com o que a APA indica, o novo critério permite aos médicos um diagnóstico com maior precisão e um melhor tratamento para esses pacientes. Isto é especialmente importante, pois muitos pacientes com características mistas, dependendo de seus sintomas predominantes, demonstram resposta insatisfatória ao lítio ou tornam-se menos estáveis ao tirar os antidepressivos. Além disso, identificar com melhor precisão esses comportamentos concorrentes podem permitir aos médicos reconhecer as pessoas com um distúrbio unipolar em maior risco de progressão para o transtorno bipolar.

Para além dos manuais amplamente aceitos no meio psiquiátrico, a proposta desse estudo é verificar como a ansiedade e a depressão podem ser estudadas por meio do instrumento projetivo, o Teste H-T-P.



CAPÍTULO 2

AVALIAÇÃO PSICOLÓGICA: UM DOM POSSÍVEL

No mito de Prometeu e Pandora é a esperança que fica na caixa. A palavra vem do latim *spes*, que significa confiança em algo positivo. Derivou do verbo “esperar”, verbo latino *sperare*, “aguardar, ter esperança”. A ideia de que se pode realizar algo positivo é o que faz um cientista. É assim que o conhecimento toma forma e avança em suas teorias e suas técnicas. Quem sabe não há um (re) encontro com a esperança, esse dom que cada um pode alcançar, quando se pretende atender um cliente na perspectiva da psicologia?

Avaliar algo, portanto, é extremamente complexo ainda mais quando o objetivo é delinear informações que dizem respeito a uma pessoa. Esse processo deve perpassar por dimensões técnicas, éticas, legais e sociais. O respeito com aquele que procura um processo de avaliação psicológica deve ser fundamental para essa prática. Sem rótulos, sem esquemas, mas sempre primando pelo conhecimento científico. Aqui o antigo preceito grego que o Oráculo de Delphos atribuiu a Sócrates, por considera-lo o homem mais sábio da antiga Grécia, é sempre bem-vindo: “Só sei que nada sei, e o fato de saber isso, me coloca em vantagem sobre aqueles que acham que sabem alguma coisa”.

O desenho é considerado uma das formas de comunicação mais antigas entre os seres humanos (HAMMER, 1991; WECHSLER, 2003 citado por BORSA, 2010). Os estudos sobre o desenho, de um modo geral, o relacionam à investigação do desenvolvimento da inteligência, cognição e afetividade. (GRUBITS, 2003).

Borsa (2010) informa que “foi no século XX que o desenho passou a ser utilizado como técnica de avaliação psicológica para investigar habilidades cognitivas e características da personalidade humana” (BORSA, 2010, p. 151).

Esse capítulo tem como objetivo contextualizar o leitor sobre a avaliação psicológica, que não é uma mera aplicação de um teste de personalidade. O teste de interesse para esse trabalho é o Teste Projetivo H.T.P, que também será detalhado em termos gerais.

2.1 A Avaliação Psicológica

A avaliação psicológica consiste, portanto, em um processo que permite obter um conhecimento sobre as funções psíquicas do indivíduo, além de investigar sintomas, possibilitando um entendimento mais amplo do caso. É uma atividade privativa do psicólogo, de acordo com a Lei N° 4.119 de 27/08/62 (alínea “a”, do parágrafo 1° do artigo 13).

Muitos acreditam que a avaliação psicológica é um segmento específico da psicologia dedicado à criação de instrumentos e técnicas. Primi (2003), no entanto, ressalta:

A avaliação psicológica é geralmente entendida como uma área aplicada, técnica, de produção de instrumentos para o psicólogo, visão certamente simplista da área. A avaliação psicológica não é simplesmente uma área técnica produtora de ferramentas profissionais, mas sim a área da psicologia responsável pela operacionalização das teorias psicológicas em eventos observáveis. Com isso, ela fomenta a observação sistemática de eventos psicológicos, abrindo os caminhos para a integração teoria e prática. Ela permite que as teorias possam ser testadas, eventualmente aprimoradas, contribuindo para a evolução do conhecimento na psicologia. Portanto, a avaliação na psicologia é uma área fundamental de integração entre a ciência e a profissão. Disso decorre que o avanço da avaliação psicológica não é um avanço simplesmente da instrumentação mas sobretudo das teorias explicativas do funcionamento psicológico. (PRIMI, 2003, p. 68).

Para Primi (2010) a avaliação psicológica é um termo generalista e, portanto, há a necessidade de diferenciá-lo do termo instrumentos de avaliação. O autor indica que a avaliação é uma atividade mais “complexa e constitui-se na busca sistemática de conhecimento a respeito do funcionamento psicológico das pessoas, de tal forma a poder orientar ações e decisões futuras” (PRIMI, 2010, p. 26). Já os instrumentos de avaliação, segundo o autor, “constituem-se em procedimentos sistemáticos de coleta de informações úteis e confiáveis que possam servir de base ao processo mais amplo e complexo da avaliação psicológica” (PRIMI, 2010, p. 26).

De acordo com a Cartilha de Avaliação Psicológica (2007), a avaliação psicológica é “um processo amplo que envolve a integração de informações provenientes de diversas fontes, dentre elas, testes, entrevistas, observações, análise de documentos” (CFP, 2007, p. 8).

Para Cunha (2003),

a avaliação psicológica consiste em “um processo científico, limitado no tempo, que utiliza técnicas e testes psicológicos (input), em nível individual ou não, seja para entender problemas à luz de pressupostos teóricos, identificar e avaliar aspectos específicos, seja para classificar o caso e prever seu curso possível, comunicando os resultados (output), na base dos quais são propostas soluções, se for o caso (CUNHA, 2003, p. 26).

Assim, para a autora, há alguns objetivos que norteiam e delimitam a finalidade da avaliação. Esses objetivos encontram-se no quadro abaixo:

Quadro 2: Objetivos de uma avaliação psicológica clínica

Objetivos	Especificação
Classificação Simples	O exame compara a amostra do comportamento do examinando com os resultados de outros sujeitos da população geral ou de grupos específicos, com condições demográficas equivalentes; esses resultados são fornecidos em dados quantitativos, classificado sumariamente, como em uma avaliação de nível intelectual.
Descrição	Ultrapassa a classificação simples, interpretando diferenças de escores, identificando forças e fraquezas e descrevendo o desempenho do paciente, como em uma avaliação de déficits neuropsicológicos.
Classificação nosológica	Hipóteses iniciais são testadas, tomando como referência critérios diagnósticos.
Diagnóstico diferencial	São investigadas irregularidades ou inconsistências do quadro sintomático, para diferenciar alternativas diagnósticas, níveis de funcionamento ou a natureza da patologia.
Avaliação compreensiva	É determinado o nível de funcionamento da personalidade, são examinadas as funções do ego em especial a de insight, condições do sistema de defesas, para facilitar a indicação de recursos terapêuticos e prever a possível resposta aos mesmos.
Entendimento dinâmico	Ultrapassa o objetivo anterior, por pressupor um nível mais elevado de inferência clínica havendo uma integração de dados com base teórica. Permite chegar a explicações de aspectos comportamentais nem sempre acessíveis na entrevista, a antecipação de fontes de dificuldades na terapia e à definição de focos terapêuticos, etc.
Prevenção	Procura identificar problemas precocemente, avaliar riscos, fazer uma estimativa de força e fraquezas do ego, de sua capacidade para enfrentar situações novas, difíceis, estressantes.
Prognóstico	Determina o curso provável do caso.
Perícia forense	Fornecer subsídios para questões relacionadas com “insanidade”, competência para o exercício das funções de cidadão, avaliação de incapacidades ou patologias que podem ser associadas com infrações da lei, etc.

Fonte: Cunha, 2003, p. 27

Dentre os objetivos para esse trabalho, o foco é o diagnóstico diferencial, a avaliação compreensiva e o entendimento dinâmico, com fim de observar os fenômenos da depressão e da ansiedade e dentro do processo de avaliação psicológica contribuir com recursos terapêuticos para a participante.

Até o presente momento pode-se resumir as características de uma avaliação psicológica (ver quadro 3) e observar que ela é algo mais complexo e amplo. Não é somente um processo de afirmar uma patologia. É ir além, ter um espírito investigador e antes de tudo ética com o ser humano que procura por respostas.

Quadro 3 - Principais características de uma Avaliação Psicológica.

Avaliação Psicológica é	Avaliação Psicológica não é
um processo dinâmico.	um trabalho mecânico.
um processo de conhecimento do outro.	somente avaliar determinadas características.
um processo científico.	sinônimo de aplicação de testes.
um trabalho especializado.	um processo simples, rápido e fácil.
a obtenção de amostras do comportamento.	um conhecimento definitivo sobre o comportamento observado.

Fonte: Machado, 2007, p. 13

Há, portanto, uma diversidade de estilos de pensamento quando o assunto é a avaliação psicológica (PRIMI, 2010). Para Cronbach (1996 apud PRIMI, 2010), há dois que são amplamente conhecidos na literatura: os estilos psicométricos (nomotético) e o impressionista (ideográfico) que estão definidos no quadro 4.

Quadro 4 – Abordagens de raciocínio na avaliação psicológica, Cronbach (1996)

Estilo Psicométrico	Estilo Impressionista
Foco nomotético: interpretações focadas na aplicação de regras gerais aos casos individuais derivados dos estudos de validade.	Foco ideográfico: interpretações focadas na combinação impressionista de dados individuais
Semelhança entre variáveis	Semelha entre pessoas
Análítico: olha uma variável de cada vez	Holístico: tenta olhar várias variáveis ao mesmo tempo
Ênfase na padronização dos estímulos e respostas fechadas, elaboradas previamente para maximizar a objetividade.	Ênfase na liberdade das respostas construídas pelo sujeito para maximizar a abrangência e riqueza individual de expressão.
Inventários e testes de inteligência na área educacional	Testes projetivos na área clínica
Ênfase no instrumento	Ênfase no profissional.

Fonte: Primi, 2010, p. 27

A literatura apresenta vantagens e desvantagens para os dois modelos, entretanto, autores contemporâneos indicam que uma abordagem integrada entre as medidas de autorrelato como as medidas de desempenho para avaliar a personalidade é uma boa alternativa para a interpretação. (BORGES ET AL., 2012)

Esse trabalho tem como foco de estudo observar as contribuições do teste H.T.P. Dessa forma, o objetivo principal é a tradição impressionista. Essa tradição, que teve seu início na clínica, prima pelo indivíduo e estudos de caso. O interesse é compreender mais profundamente o indivíduo, sendo assim, considera-se todas as informações relevantes para a pessoa e a sua configuração que é singular. (PRIMI, 2010)

Para Primi (2010), o nome idiossincrático é relevante porque entende-se que essa configuração é única e que dificilmente se repetirá em outro sujeito. Dessa forma,

o estilo de pensamento mais clínico e impressionista encontra-se na origem das técnicas projetivas, por exemplo, ao enfatizar interpretações mais holísticas e flexíveis e ao considerar de maneira mais livre o conjunto de variáveis expressas, de maneira a buscar a formulação de entendimentos mais amplos sobre a pessoa”. (Primi, 2010, p. 28).

Sendo assim, a técnica projetiva consiste em dentro de uma perspectiva psicanalítica, oferecer estímulos de estruturação ambígua ou de formas bem definidas,

entretanto, não muito usuais no qual, o psicólogo irá observar, nessas respostas, a capacidade que o entrevistado tem de dar forma, organizar e o sentido emocional ao aspecto da realidade que o estímulo projetivo representa. (GRASSANO, 2012).

Sobre as técnicas projetivas, Cunha (2003) caracteriza que “a maioria dos autores que defendem seu uso, o faz visando à exploração de aspectos dinâmicos da personalidade, que adquirem significado sob a ótica de um referencial teórico ao qual há difícil acesso via psicométrica” (CUNHA & NUNES, 1996, p. 341 citado por CUNHA, 2003, p. 22).

Outro ponto importante para o uso das técnicas projetivas é quando o sujeito não consegue se expressar verbalmente. Assim, o desenho poderá dizer mais que as suas palavras naquele momento.

2.2 O Psicodiagnóstico

Como a etimologia da palavra sempre diz muito mais que uma tentativa de tentar explicar - *Diagōstikós*, diagnóstico em grego, significa a faculdade de conhecer, de ver através de – o termo diagnóstico, em um sentido mais restrito, refere-se à possibilidade de um conhecimento que vai além de um senso comum, ou seja é uma maneira de significar a realidade a partir de conceitos, métodos e teorias científicas. (ARAÚJO, 2007)

Dessa forma, o psicodiagnóstico pressupõe o uso de conhecimentos teóricos e técnicas psicológicas, tendo em vista que é uma função exclusiva do psicólogo. Ele é um tipo de Avaliação Psicológica surge no século XIX e início do século XX, a partir da Psicologia Clínica e tem um berço na tradição da psicologia acadêmica e da tradição médica. A tradição psicométrica foi fundada e iniciou-se com as escalas de Binet, em 1905, com o teste de inteligência. (CUNHA, 2003).

Dois séculos se passaram e marcaram diferenças na maneira de se fazer uma avaliação psicológica. Inicialmente, o psicodiagnóstico tinha como ponto central os testes. Acreditava-se que apenas o instrumental psicométrico oferecia informações essenciais e fundamentais sobre a personalidade. Dentro dessa visão, o psicólogo tinha importância apenas para aplicar, avaliar e analisar os protocolos dos testes.

Para Cunha (2003), o psicodiagnóstico é um processo científico, que tem o seu limite temporal e é provocado por um sujeito em busca de resolver uma problemática. Estabelece-se, portanto, as hipóteses de trabalho a partir de suas demandas. É exatamente o psicodiagnóstico, que utiliza os testes e técnicas, de acordo com os objetivos delimitados e a demanda da consulta, contudo, não tem apenas os instrumentos como foco, mas sim o cliente.

2.3 O Teste Projetivo H.T.P

A Resolução do CFP, n. 002 /2003 (CFP, 2007) autoriza o uso do teste projetivo H.T.P no Brasil, tanto em crianças (a partir de 8 anos de idade) como em adultos. O autor informa que utilizou a casa, a árvore a pessoa por serem temas familiares a todos, sendo conceitos que são desenhados por indivíduos de todas as idades e estimulam uma verbalização mais espontânea que outros temas.

De acordo com Buck (2003), o teste é muito utilizado na prática clínica pois possibilita identificar como o paciente experiencia a sua individualidade. Os elementos de sua personalidade são projetados durante o desenho. Em uma análise compreensiva é possível obter informações gerais do indivíduos, bem como os conflitos com o ambiente em que o mesmo vive.

Considerando os aspectos da personalidade que são evidenciados pelos desenhos e ao relacioná-los com o histórico do indivíduo é possível observar evidências dos fenômenos de depressão e ansiedade. Grassano (2012) informa que:

a produção gráfica revela a concepção e os conflitos inerentes ao manejo espacial, às funções e ao interior do próprio corpo, assim como as ansiedades e fantasias dominantes com relação ao corpo de outras pessoas, construídas a partir das primitivas relações com o objeto (GRASSANO, 2012, p. 133).

Borsa (2010) ressalta que, o HTP é uma das técnicas mais utilizadas por psicólogos brasileiros e é um dos testes mais ensinados nos cursos de formação em psicologia. O sucesso do H.T.P pode estar relacionado ao baixo custo e à facilidade de sua aplicação. A autora ainda diz:

ao mesmo tempo, trata-se de uma das técnicas mais questionadas no que se refere à validade e fidedignidades (Anastasi & Urbina, 2000; Cunha, 2000). Por se tratar de uma

técnica projetiva gráfica, em que aspectos pessoais são projetados sobre o estímulo do desenho, o HTP permite que o avaliador realize interpretações frente ao conteúdo trazido (BORSA, 2010, p. 151).

Como dito todas as técnicas projetivas, o H.T.P estimulam a projeção de elementos da personalidade e de áreas de conflito dentro da situação terapêutica, permitindo que sejam identificadas.

Para Buck (2003) , o autor que desenvolveu o teste, a aplicação é composta por três desenhos sequenciais: uma casa, uma árvore e uma pessoa, os quais devem ser desenhados em folhas separadas, utilizando lápis e borracha. A aplicação propõe, também, que se realize um inquérito acerca de características e descrições de cada desenho realizado.

Para Buck (2003) e Cunha (2003), pode-se ressaltar no momento da interpretação a atitude da pessoa, que avaliará a forma com que a mesma aceita ou rejeita uma nova tarefa. A atitude também poderá ser verificada frente a cada desenho. De acordo com os autores, a figura humana configura o desenho que normalmente será rejeitado e o psicólogo poderá pensar em alguns apontamentos de dificuldade nas relações interpessoais, mobilização de conteúdos mais conscientes.

A capacidade de criticar sua produção, ou seja, a capacidade de identificar detalhes fora de ordem, detalhes desproporcionais são afetadas facilmente em situações ansiogênicas como as de avaliação. Pacientes mais organizados psiquicamente conseguem retomar esta capacidade rapidamente, contudo pacientes mais desorganizados e com quadros orgânicos apresentam dificuldade ou incapacidade de crítica. . (BUCK, 2003; CUNHA, 2003).

Encontrar referencias bibliográficas sobre o teste H.T.P para esse trabalho foi uma tarefa árdua, já que a interpretação de um teste projetivo é difícil de ser realizada, sendo geralmente criticada diante da falta de validade, principalmente no contexto brasileiro.

O livro “Indicadores psicopatológicos em técnicas projetivas”, de Elsa Grassano (2012), tem como proposta enriquecer a abordagem interpretativa de testes projetivos como o H.T.P. Com uma abordagem psicanalítica, a autora fez um estudo exaustivo de elaboração de indicadores que possam responder às três áreas de questões encontradas

na tarefa diagnóstica: diferenciação dos graus de patologia, diferenciação das modalidades de personalidade e incidência dinâmica da biografia na estruturação atual da personalidade.

Para o estudo dos fenômenos que interessam a essa monografia, depressão e ansiedade, a autora aponta indicadores para esses fenômenos no contexto do Teste H.T.P. No caso da depressão, a autora chama de neurose da depressão; e no caso da ansiedade, ela faz referencia as neuroses (ver quadro 5). É a ansiedade que configura como um dos sintomas principais das neuroses (CORDÁS, 2004). Foi a partir dos trabalhos de Freud, com o estudo das neuroses, que houve uma investigação da ansiedade. Entretanto, como o foco desse trabalho é sobre a ansiedade e não sobre as neuroses utilizar-se-a apenas os indicadores apresentados para a depressão (Quadro 5).

Entende-se que há diferença entre ansiedade e angústia na perspectiva psicanalista. Contudo, o foco desse trabalho não é discutir essa diferença, já que muitas vezes se encontram e divergem no campo da tradução dos textos freudianos. O que interessa aqui, por meio do Teste H.T.P, é observar e pontuar indicadores que possam auxiliar na tentativa de indicar o fenômeno da ansiedade conforme apresentados nos manuais (CID-10 e DSM-V).

Esses indicadores ajudarão na análise dos desenhos já que serão norteadores junto com o Manual do Teste H.T.P para a interpretação dos resultados. Os mesmos estão dispostos nos próximos quadros.

Vale ainda lembrar, que o prontuário será também uma fonte significativa de informações para a interpretação do estudo de caso.

Quadro 5 – Indicadores de Neurose Depressiva (GRASSANO, 2012)

FIGURA HUMANA	
CARACTERÍSTICAS GERAIS	Figuras fracas, vazias, inseguras e dependente. Pobreza de conteúdo. Maior preocupação e ênfase no tratamento do tronco e da cabeça. Acentuação da simetria. Por ser a depressão um quadro neurótico, diferencia-se da melancolia. a) Gestalt preservada. b) Predomínio do controle obsessivo (figura organizada, acentuação da linha média). c) Mecanismos maníacos compensatórios (sorriso de palhaço, etc.). d) Aspecto mais humanizado quanto ao contato afetivo e capacidade de movimento. e) Expressão triste, diferentemente do abatimento e da extrema impotência expressos pelo melancólico.
LOCALIZAÇÃO	A localização varia: 1) parte inferior da folha, se predominam sentimentos de derrota e fracasso. 2) parte superior, se mostram submissão a altas exigências internas. Unindo a isso, a sensação de "estar no ar" (insegurança). 3) preocupação por centraliza-las se predominam defesas maníacas e obsessivas.
TAMANHO	Varia segundo a maior ou menor operação das defesas maníacas. 1) Figuras pequenas (sentimentos de desvalorização). 2) Uma das figuras grande (nutriz, protetora ou então punitiva e persecutória). Ou então ambas figuras fortes, seguras, de tamanho médio (defesa maníaca).
MOVIMENTO E EXPRESSÃO	Figuras quietas, sem força, com falta de impulso ou esgotas. Em depressões intensas: indivíduos sentados ou reclinados (baixo nível de energia). Os braços estão voltados para si ou atrás das costas. Podem expressar abatimento desenhando primeiro as pernas e os pés. Expressão de tristeza, vazio ou abatimento. Riso forçado (defesa maníaca). Atitude: rígida, contida (mecanismo de controle).
DISTORÇÕES. OMISSÕES. ACRÉSCIMOS. ÊNFASES.	Ênfase no rosto e no tronco. Pode haver ênfase na região do peito (bolsos, sombreamento, etc.). Carência oral. Omissão da boca: autocrítica, crítica ao objeto ou ênfase na boca (receptiva) ou boca de palhaço (defesa maníaca). Cabelo: desvitalizado, mal enraizado na cabeça. Acentuação da linha média e simetria. Pobreza de conteúdos: presença de botões.
TIPO DE TRAÇO.	Fraco, inseguro. Pouca diferenciação interno-externo. Pressão: fraca, tênue. Direção: para dentro. Continuidade: cortado, vacilante. Traços curtos, inibidos.
CASA	
CARACTERÍSTICAS GERAIS	Simples, vazia, com portas abertas, pobreza de conteúdo.
LOCALIZAÇÃO	
TAMANHO	Pequena.
MOVIMENTO E EXPRESSÃO	
DISTORÇÕES. OMISSÕES. ACRÉSCIMOS. ÊNFASES.	Casa sozinha, abandonada ou com um entorno frio, inóspito. Preocupação com o telhado (sombreado), com a simetria (controle obsessivo). Portas abertas mas sem acesso (falta de caminho ou caminho cortado). Se há lareira, a fumaça é tênue e fina (controle).
TIPO DE TRAÇO.	Fraco, tênue, com áreas abertas.
ÁRVORE	
CARACTERÍSTICAS GERAIS	Desvitalizado, tênue, desvalido.
LOCALIZAÇÃO	
TAMANHO	Pequena.
MOVIMENTO E EXPRESSÃO	
DISTORÇÕES. OMISSÕES. ACRÉSCIMOS. ÊNFASES.	Desvitalização: frutos e folhas ralos, ausentes ou caídos. Galhos: fracos, para baixo, em ponta e cobertos por folhagem. Raízes: finas. Tronco: sombreado. Pode haver marcas, cicatrizes. Copa: pequena, falta de expansão e contato. Tipo de copa: salgueiro-chorão ou copa que começa dos dois lados.
TIPO DE TRAÇO.	Fraco, tênue, com áreas abertas.

Fonte: Grassano, 2012, p. 294-295.



CAPÍTULO 3

METODOLOGIA

Pandora recebeu diferentes dons de seus pais, os deuses gregos. Como diz o mito, Atenas ensinou as artes, Afrodite o encanto, As Cárites lhe deu a beleza, Hermes a capacidade de falar entre outros dons. Assim, como visto anteriormente, Pandora é aquela que possui “todos os dons”.

Como não possuímos os dons de Pandora, ou talvez possuímos matizes diferenciadas de cada um desses atributos, por assim dizer, há a necessidade de ir por um caminho diferente e para isso tem-se a metodologia científica. Quem sabe esse seja o nosso dom particular?

Sendo esse um possível dom conhecido do profissional de psicologia, esse capítulo tem como objetivo delinear o método que foi utilizado para a construção dessa monografia. Não que o método seja nosso pai, como Zeus, mas um caminho que usualmente se usa para quem sabe, se possível, diminuir um pouco a dor da humanidade.

3.1 Tipo de Estudo

A proposta metodológica para esse estudo é o estudo de caso único. Para Yin (2001), o Estudo de Caso deve ser a melhor estratégia quando se quer responder as questões “como” e “porque” sobre um assunto específico a partir de pesquisas qualitativas.

Para Goode e Hatt (1968, citado por Lüdke & André, 1986, p. 17) o estudo de caso é “uma unidade dentro de um sistema mais amplo” que apresenta uma singularidade e valor em si mesmo, além de permitir a interpretação de um determinado contexto e oferecer ao leitor que o mesmo realize suas generalizações naturalísticas. A generalização naturalista (STAKE, 1983, citado por LÜDKE & ANDRÉ, 1986) é o conhecimento experiencial que o leitor tem *a priori* e que tenta associar o que viu no estudo com os frutos de suas experiências pessoais.

Para Nisbet e Watt (1978, citado por LÜDKE & ANDRÉ, 1986), o estudo de caso pode ser desenvolvido em três fases: (1) uma primeira aberta ou exploratória; (2)

sistemática em termos de coleta dos dados; e (3) consiste na análise e interpretação sistemática dos dados e na elaboração do relatório.

Como este estudo destina-se a apresentação de monografia de conclusão do curso de Psicologia, a fase de exploração já foi realizada, que foi avaliar a colaboração do HTP para os fenômenos de depressão e ansiedade. A etapa de coleta de dados foi realizada após aprovação desse projeto por Comitê de Ética (ANEXO II) e consistiu em análise crítica do prontuário de uma cliente que foi submetida ao processo de Avaliação Psicológica e apresenta os constructos de interesse. Por fim, houve a elaboração do relatório, o produto final dessa proposta.

3.2 Participante

A participante foi escolhida em conjunto com o orientador. Foi uma pessoa que participou do atendimento do Centro de Formação de Psicólogos do Uniceub, CENFOR e que passou pelo processo de avaliação psicológica, assinando um termo de consentimento (Anexo I).

3.3 Local

A participante é uma paciente atendida, encaminhada para Psicoterapia Individual, no Centro de Formação do Psicólogo (CENFOR), clínica escola responsável pela supervisão e orientação dos estágios supervisionados que atuam diretamente em intervenção, localizado em Brasília/DF.

3.4 Instrumentos

O instrumento para essa pesquisa é o prontuário que contém as informações do caso.

3.5 Estratégias de Coleta das Informações

A coleta de informações foi realizada por aluno-estagiário do CENFOR em conjunto com o professor orientador. Para isso, a estratégia utilizada para essa monografia foi a análise do prontuário contendo as informações da Avaliação Psicológica efetuada na cliente.

Ao verificar o prontuário, verificou-se que o aluno-estagiário elaborou um laudo psicológico a partir de cinco encontros foi utilizado para a construção desse laudo

entrevistas clínicas, observação, anamnese, exame do estado mental, testes de habilidades cognitivas (G-36 e AC) e os testes de personalidade, EFN e o HTP, esse último, sendo o foco desse estudo.

3.6 Estratégias de Análise das Informações

A análise de informações foi qualitativa dos desenhos e do inquérito do teste projetivo do HTP a fim de observar as características da personalidade da participante e possíveis testes de personalidade aplicados para o caso a ser estudado e que estejam presentes no prontuário do cliente.

Ocmapo et al. (2005) ressalta que analisar as informações obtidas nos testes, por meio da Avaliação Psicológica, é uma tarefa complexa. Os procedimentos técnicos variam de caso para caso mas, em todos eles, o que se busca é promover uma compreensão mais aprofundada, menos defensiva, mais realista daquilo que está acontecendo com o cliente.

O foco para esse estudo é a análise do teste HTP. Buck (2003) relata que o teste contém um manual que padroniza a forma de aplicação e de registro das respostas oriundas do inquérito posterior a cada desenho. Há, ainda, um protocolo com uma lista de conceitos interpretativos para cada desenho que se associa às possíveis características psicopatológicas da personalidade.

O manual do HTP propõe avaliar o desenho a partir dos aspectos de proporção, perspectiva, detalhes, qualidade da linha e do uso adequado de cores, quando se utiliza os desenhos cromáticos.

Os desenhos serão analisados a partir de três categorias: Proporção, Perspectiva, Detalhes. Os elementos desenhados pelo participante mostra como é vivenciado sua singularidade. O desenho da casa irá permitir observar e analisar como é o relacionamento do sujeito com os irmãos e pais, principalmente com a mãe. A expressão gráfica da árvore permite observar as associações subconscientes e inconscientes e retrata como o indivíduo reage em seu ambiente, as avaliações críticas em relação a ele e os recursos de personalidade para obtenção de satisfação no e do ambiente. O desenho da pessoa irá indicar e estimular a expressão direta da imagem corporal e refere-se as associações conscientes. (Buck, 2003).



CAPÍTULO 4

O CASO: O MISTÉRIO DE PANDORA

4.1 A Cliente

A cliente, que participou dessa pesquisa, é moradora da cidade de Brasília e tem 20 (vinte) anos de idade, possui o ensino médio completo e é solteira.

Informou que sua ocupação atual é cuidar da mãe, das tarefas domésticas e estudar. Para preservar o anonimato, a cliente será nomeada Pandora.

4.2 Sua demanda

De acordo com o prontuário, a cliente apresentou como queixa inicial uma sobrecarga de atividades. Sua mãe foi diagnosticada com um tumor maligno raro e Pandora a acompanha há aproximadamente seis meses em exames médicos, internações e procedimentos quimioterápicos.

Pandora sente-se sobrecarregada e mencionou a presença de outros sintomas, como tensão e preocupação excessiva, dificuldades com o sono, ansiedade e alterações de humor, tristeza e choro constante.

4.3 Procedimentos

A avaliação psicológica foi realizada em cinco encontros. Utilizou-se entrevistas clínicas, observação, anamnese, exame do estado mental, testes de habilidade cognitivas (G-36 e AC) e testes de personalidade (EFN e HTP). Como citado, todas essas informações foram retiradas do prontuário de Pandora, que participou de Avaliação Psicológica no CENFOR com um aluno-estagiário.

4.4 História Clínica

Pandora relatou estar muito tensa e preocupada com a situação que vivencia com sua mãe.

Relatou que desde muito pequena sempre foi muito próxima a sua mãe e que chorava quando alguém a pegava no colo e a retirava de perto da mãe. Informou ser muito sensível e emotiva, chora com muita facilidade e por qualquer razão.

A cliente informou que os sintomas relatados intensificaram-se após o diagnóstico da mãe. A sua alteração de humor oscilou desde que era pequena, variando de estados de tristeza, acompanhados de choro frequente, para estados de alegria. No momento atual, os estados de tristeza têm sido predominantes.

Quanto ao sono, revelou que há momentos de insônia e que às vezes relembra as cenas e dores passadas da vida. Sente-se cansada, triste e busca apoio em seu grupo religioso.

Quanto à ansiedade, Pandora informou que sente-se ansiosa quando tem algum compromisso. Relatou que, atualmente, tem oscilado muito entre estados de ansiedade, tristeza e abatimento. Nos dias em que está ansiosa, come alguma coisa o tempo todo; nos dias em que está mais deprimida, passa o dia inteiro sem apetite.

Nos dias em que encontra-se deprimida, apresenta vontade de dormir o dia inteiro e de não fazer nada. “Eu desejo acabar com todos os problemas”. “Eu desejo dormir e acordar apenas quando não houver mais sofrimento.”.

Pandora diz ser uma pessoa triste, insegura, muito sensível e emotiva. Relatou que vê a vida como sendo uma sucessão de muitas dificuldades e sofrimento. Apresenta pensamentos negativos.

Procurou o CENFOR na esperança de que os atendimentos possam auxiliá-la a lidar melhor com as situações difíceis da vida.

4.5 História Pessoal

Pandora nasceu de parto normal e, segundo a cliente, não há nenhuma situação excepcional nos primeiros meses de vida. Durante a infância, acordava, muitas vezes, assustada no meio da noite. Tem vários irmãos homens e uma única irmã. É a caçula da família.

Durante o ensino médio, fez estágio em duas empresas como jovem aprendiz e relata não ter tido dificuldades nas atividades nem no relacionamento com as pessoas. Afirmou que neste período mantinha a mente mais ocupada com coisas diversificadas, de modo que as crises de tristeza eram menos frequentes.

Informou que os seus momentos de lazer acontecem quando sai para passear com o seu namorado e nas atividades que participa de sua igreja. Afirmou que a sua fé e o seu namorado têm sido o seu grande suporte nos momentos difíceis, com a doença da mãe. Sua vida social resume-se a essas atividades.

O histórico familiar aponta uma série de intercorrências que a marcaram profundamente do ponto de vista psíquico. Pandora relatou que aos seis anos de idade foi morar com seus irmãos mais velhos para que pudesse estudar. Disse que sentiu muitas saudades de seus pais, mas entendeu o motivo. Morou também com sua prima mais velha, que, segundo a cliente, era muito carinhosa e cuidava muito bem dela.

Foi quando sua mãe decidiu morar em Brasília que a cliente foi morar com ela. Sua irmã mora em Taguatinga e tem uma personalidade muito forte. As duas já vivenciaram muitos conflitos e, segundo a cliente, esse é o motivo que as mantém afastadas. Segundo a cliente, essa irmã é muito ocupada e foi ela, a irmã, que sugeriu para que Pandora procurasse ajuda.

A separação de seus pais, quando tinha aproximadamente onze anos, traz ainda muita dor para a vida da cliente. Ela relata que o pai sempre foi e continua sendo muito carinhoso com ela, apesar de morar longe. Comunicam-se com frequência por telefone. Por outro lado, afirma que ele e sua mãe brigavam constantemente. O pai é alcóolatra desde os tempos de sua infância.

Quanto aos seus irmãos, a cliente disse que apesar de morarem longe, ela os vê com pouca frequência e tem um bom relacionamento com eles.

Há irmãos de sua mãe que moram aqui em Brasília, mas Pandora tem pouco contato com eles. Mesmo durante o período de adoecimento de sua mãe relata ter tido pouca ajuda de seus familiares. No período de internação da mãe, a cliente contou haver recebido uma ajuda pontual de seus parentes, de seu grupo religioso e de seu namorado. Contudo, sente-se sobrecarregada, física e emocionalmente. Considera sua vida difícil e espera que os atendimentos no CENFOR possam auxiliá-la a aprender a lidar melhor com as dificuldades e problemas da vida, sem precisar sofrer muito.

4.6. Hipótese Diagnóstica

De acordo com os eixos de análise, tem-se o quadro abaixo.

Quadro 5 – Hipótese Diagnóstica apresentada no Prontuário

Eixo I - Sintomas	Episódios de insônia e dificuldades com o sono; oscilação entre falta de apetite e comer compulsivamente; abulia e ansiedade; tristeza e abatimento; sensação de sobrecarga e desamparo; variação de humor (tristeza e alegria)
Eixo II – Características de Personalidade	Timidez, retraimento, pessimismo, emotividade e sensibilidade acentuadas, insegurança.
Eixo III – Condições Médicas Gerais	Nenhuma condição significativa a ser destacada.
Eixo IV – Aspectos Ambientais e Psicossociais	Forte ligação afetiva com a mãe; pai alcoólatra; presenciou brigas frequentes entre os pais; pais separados desde seus onze anos; irmãos e pais moram distantes; conflitos com a única irmã; mãe diagnosticada com um tumor maligno; única companhia da mãe; tem um namorado em que se apoia.

Fonte: Prontuário – CENFOR.

4.7 Análise dos Procedimentos Utilizados

Sua capacidade de raciocínio encontra-se no nível superior à média, enquanto que sua atenção concentrada situa-se no nível inferior à média. As médias foram realizadas com base na escolaridade de cliente.

O teste de personalidade EFN apontou alto percentil para as subescalas N3 e N4, o que indicam ansiedade e depressão.

O teste HTP será analisado criteriosamente no próximo item, tendo em vista que o objetivo dessa monografia é estudar a colaboração desse teste na investigação da ansiedade e da depressão. Para isso, utilizou-se o Manual e Guia de Interpretação – Buck.

4.8 Análise do HTP

A análise foi realizada ressaltando apenas os pontos destacados pelo manual de interesse para o diagnóstico da cliente. Os desenhos realizados pela cliente encontram-se no Anexo III.

4.8.1 A Casa

O desenho da casa possui sua localidade no centro ligeiramente situado à esquerda, o que pode indicar uma certa rigidez. Segundo Buck (2003), uma casa que possui o perfil parcial, com uma parede principal, pode indicar uma tendência a comportar-se de maneira sensível e flexível. A casa tem uma estrutura mais para vertical que indica uma possível satisfação obtida na fantasia evitando, assim, o contato com a realidade.

Ao olhar para o desenho a porta parece estar em nível normal. Contudo, ao realizar o inquérito do teste, a cliente informou que a casa apresenta apenas um andar, o que indica que as janelas estão acima da porta. Pode-se, portanto, inferir que a porta é pequena o que pode indicar reserva, inadequação e indecisão. A porta e as janelas estão fechadas. Para Buck (2003), “Eu tornarei impossível você ver dentro” (BUCK, 2003, p. 45).

No inquérito, ressalta-se que, Pandora escolheria morar com sua mãe, porque ela é sua melhor companheira. A casa lembra sua infância. Na pergunta 8, a cliente informou que ao olhar para a casa esta parece estar perto. O que pode significar sua capacidade de realização e/ou sentimento de calor e acolhimento. Ela tem a impressão de que está abaixo quando olha para a casa (pergunta 9). Essa pergunta reflete as relações pessoais, com ênfase no lar e na família.

4.8.2 A Árvore

A árvore encontra-se no lado superior esquerdo. De acordo com o manual, normalmente a árvore é desenhada com um tronco e pelo menos um galho. Buck informa que “quanto maior a flexibilidade da estrutura e melhor a organização dos galhos da árvore, maior é a capacidade presumida do indivíduo para obter satisfação de seu ambiente...” (BUCK, 2003, p. 51). No desenho da cliente, ressalta-se que não há presença de galhos, o que pode indicar um rigidez para sua relação com o ambiente.

De acordo com o inquérito, ressalta-se que, Pandora considera a árvore muito antiga. Essa pergunta, muito frequentemente, indica a idade cronológica ou idade sentida pelo indivíduo.

Quanto à pergunta se há alguma parte da árvore morta, Pandora indicou que algumas folhas estão mortas por falta de umidade e amor. O Manual indica que as folhas mortas podem indicar incapacidade de fazer ajustamentos mais controlados e delicados como ambiente.

A questão sobre como está o tempo no desenho, a cliente responde que é “escuro, é noite, está frio, início do ano”, essa questão pode ser uma indicadora de como a cliente se sente, contudo, não há como levantar hipóteses, pois seria necessário explorar mais o significado desse tempo frio para a cliente.

A árvore faz lembrar seus pais, o manual indica que estes são os indivíduos com quem a cliente se identifica fortemente. Pandora disse que a árvore precisa de “cuidado, porque não esta sendo bem cuidada”. Respostas claras, segundo o manual, comumente expressam simbolicamente as necessidades do indivíduo de afeto, proteção, segurança e boa saúde.

4.8.3 A Pessoa

A pessoa desenhada encontra-se na margem inferior do papel o que pode indicar necessidade de apoio. O desenho da pessoa ocupa mais que dois terço da folha, dessa forma o desenho é considerado grande o que sugere ambiente restritivo, tensão e compensação.

Ao olhar o desenho, há um certo enfoque no cabelo, o que pode indicar preocupações sexuais. Outro ponto a ser ressaltado é uma pouca ênfase nas orelhas (que estão cobertas pelos cabelos) sugerem um desejo de impedir a entrada da crítica.

Ao ser questionada, Pandora diz que a figura desenhada é ela mesma e que se sente triste e não sabe o porquê. Entretanto, na pergunta se a figura do desenho está bem e feliz (pergunta 55 e pergunta 57), a cliente diz que sim, apresentando aqui uma contradição.

Há um desenho de Sol no desenho da casa, que parece ter sido desenhado livremente, sem a orientação da aplicadora. Para Pandora, esse sol representa o seu namorado.

4.8.4 A Pessoa do Sexo Diferente

O desenho da pessoa com sexo diferenciado do desenhado anteriormente apresenta-se na margem inferior e ocupa mais de dois terços da folha, o que indica o mesmo que o desenho anterior, necessidade de apoio sugerindo ambiente restritivo, tensão e compensação.

Nessa figura, pode-se observar alguns detalhes a mais, como gravata, bolsos, botões. A indicação para detalhes excessivos é uma obsessividade compulsiva, ansiedade. A ênfase nos botões, imaturidade. O ombro nesse desenho está enfatizado o que indica hostilidade.

4.9 Análise do Caso

Com o estudo proposto nessa monografia, observou-se que a avaliação psicológica é um procedimento complexo e que envolve várias etapas, nas quais os testes psicológicos apontam indicadores, mas não são conclusivos. Dessa forma, a avaliação psicológica torna-se um mecanismo psicológico importante quando é realizada como um todo. Sendo, dessa forma, um processo dinâmico de conhecimento do outro, um processo científico e especializado que obtém amostras de comportamento como exposto no Quadro 3.

No desenho analisado pela pesquisadora, o quadro abaixo (Quadro 6) resume os principais indicadores que foram observados na aplicação do HTP. O quadro foi construído para auxiliar a visão daqueles indicadores que foram mais comumente notados. Cita-se, a rigidez, necessidade de apoio e ambiente restritivo. Verifica-se que o teste sugere a ansiedade no desenho da pessoa de sexo diferente.

Quadro 6 – Indicadores ressaltados no HTP.

CASA	ÁRVORE	PESSOA	PESSOA DO SEXO DIFERENTE
Rigidez Satisfação obtida na fantasia evitando contato com a realidade reserva, inadequação e indecisão	Rigidez incapacidade de fazer ajustamentos mais controlados e delicados como ambiente necessidade de afeto, proteção, segurança e boa saúde.	Necessidade de apoio Ambiente restritivo, tensão e compensação um desejo de impedir a entrada da crítica	ambiente restritivo, tensão e compensação. Obsessividade compulsiva, ansiedade Hostilidade

Quando se compara esse quadro 6, a análise do prontuário e o quadro 1 (ver p. 24) que informa a sobreposição de sintomas de depressão e ansiedade pode-se dizer que há um isolamento social, devido a seu ambiente restritivo, sua reserva e inadequação. Percebe-se ainda a preocupação de Pandora com o seu futuro e o de sua mãe. Esses sintomas são os que indicam uma sobreposição entre ansiedade e depressão. O que faz a pesquisadora reiterar o diagnóstico exposto no prontuário.

Ainda sobre a depressão, a análise do HTP com o auxílio do quadro 5 (GRASSANO, 2012) indica que a cliente tem uma maior preocupação e ênfase no desenho do tronco e cabeça, no desenho das figuras humanas. As figuras humanas encontram-se na parte inferior da folha que, segundo a autora, pode indicar a predominância de sentimentos de derrota e fracasso. A continuidade dos desenhos é cortada, outro ponto levantado pela autora como indicador de neurose depressiva. Para a casa, aponta-se no quadro 5 o fato de ser um desenho simples. Para a árvore, não se avaliou nenhum ponto relevante para se pensar em depressão.

Ressalta-se que o quadro 5 é um indicador de neurose depressiva, contudo nesse trabalho ele foi utilizado com o intuito de apenas fornecer indicadores auxiliares para a depressão, sem adentrar-se no ponto das neuroses indicadas pela psicanálise, apesar da pesquisadora conjecturar que o caso descrito de Pandora é possivelmente uma neurose obsessiva.

Apontam-se os desenhos da figura humana como sendo a referencia para inferir sobre a ansiedade. Grassano (2012, p. 388) avalia que a “preocupação pela vestimenta formal e completa (homem com terno e gravata; mulher com roupas fechadas, saias longas)”, “preocupação com os detalhes (botões, bolsos, dedos, etc) são pontos relevantes para o indicativo de uma neurose obsessiva, no caso apresentado, pode-se pensar em presença de ansiedade. Outro ponto destacado por Grassano (2012, p. 389), no desenho da casa, como “portas e janelas fechadas, com presença de fechaduras e grades” indicam isolamento e necessidade de controle.

Quevedo & Silva (2013) apontam a sobreposição de sintomas (Quadro 1). No caso de Pandora, verificou-se após estudo do prontuário e não só do HTP, que há uma presença de isolamento social, preocupação, irritabilidade e fadiga, o que sugere a presença de depressão e ansiedade.

Pandora, desde de criança, apresenta uma estrutura de personalidade sensível e fragilizada. Os aspectos ambientais e psicossociais são relevantes para o seu caso, especificamente a sua relação com as figuras parentais.

A cliente utiliza o mecanismo de compensação como defesa ao seu sofrimento, o que indica uma tentativa de esforço para superar uma fraqueza. Observa-se também a fantasia como mecanismo de adaptação à realidade externa. Esses indicadores foram apontados pelo HTP ao analisar o Manual de Interpretação (BUCK 2003). Alguns dos indicadores foram confirmados pelo estudo de Grassano (2012).

Lipovestky (2007) vê o sujeito atual como um ser desfragmentado que não depende das estruturas de seguranças coletivas, como a família, religião e Estado. O autor afirma que essa tendência a individualização de homem “hipermoderno” o leva a experimentar sentimentos de insegurança que pode chegar a estados de estresse, ansiedade, depressão e suicídio.

Pandora sente-se responsável pelos cuidados da sua mãe e embora tente entrar no papel de cuidadora forte e disposta que se “segura” em sua religião e em seu namorado, passa pela insegurança caracterizada por Lipovestky. Um sentimento desfragmentado que provoca sintomas somáticos (Quadro 5, Eixo I) e que acarretam principalmente em estados de depressão e ansiedade.

Lowen (1982) diz que

as defesas psíquicas e somáticas tem a função de proteger a pessoa das crises de ansiedade. A ansiedade mais severa está associada a algum distúrbio no funcionamento cardíaco e respiratório. Postula-se o conceito de que qualquer conjunto de circunstanciais que interfira na operação das funções vitais a um organismo dará margem à ansiedade (LOWEN, 1982 p.109).

Um ponto importante para investigação é o sono do indivíduo. A cliente relata ter dificuldade em dormir, Lowen (1982) caracteriza a incapacidade de pegar no sono como

uma forma de ansiedade, um medo de se deixar ir, uma insegurança sobre a perda da consciência. Para a criança, a transição do estado de consciência para o estado de inconsciência pode representar uma experiência amedrontadora. O ego da criança sente a falta da consciência como uma volta à escuridão, o que acarreta o medo da morte, a grande desconhecida. Esta dificuldade também está relacionada à persistência do estado de excitação nas camadas conscientes da personalidade (LOWEN, 1982 p.199).

Como exposto no capítulo 2, Primi (2003, p. 68) fala que “o avanço da avaliação psicológica não é um avanço simplesmente de instrumentação, mas sobretudo das teorias explicativas do funcionamento psicológico”. Ao estudar o caso, enfatiza-se que apenas os desenhos da cliente não foram suficientes para apontar os sintomas que indicam ansiedade e depressão. Apesar do psicodiagnóstico ser importante, apenas ele não é suficiente. Considera-se ainda a importância em conhecer a teoria sobre o que se pretende estudar para que por meio dela possa-se obter uma compreensão do cliente e possa ajudá-lo.

Desse modo, faz-se necessário que o profissional de psicologia estude a forma de expressão acadêmica de seu tempo, para que se possa construir alternativas de terapêutica e auxiliar a pessoa em sofrimento, mesmo cada momento histórico tendo a sua linguagem e sua estrutura para conceituar e interpretar determinado sintoma.

A ansiedade e a depressão, no nosso momento histórico, são fenômenos comuns e que estão se sobrepondo. Nesse caso, a cliente foi indicada com um transtorno de depressão e sintomas de ansiedade. É importante que a avaliação psicológica seja realizada não apenas com um propósito descritivo, mas que indique e aponte indicadores para auxiliar no tratamento, já que esse conhecimento é para servir às pessoas e direcioná-las para um tratamento e um prognóstico.

De acordo com a análise laudo psicológico presente no prontuário o encaminhamento de Pandora é composto por uma personalidade estruturalmente preservada, com disposição temperamental introversiva, sensível e alguns sinais de fragilização como insegurança e regressão. O mecanismo de defesa utilizado por Pandora é a compensação, retraindo-se e isolando-se. Quando essas estratégias se tornam insatisfatórias, reage com ansiedade, depressão, sentimentos de inadequação, preocupação consigo mesma, insônia, inapetência e abulia. Não há sinais psicopatológicos graves. Há ainda conflitos antigos relativos às figuras parentais que se intensificaram com o adoecimento de sua mãe.

No laudo conclusivo, apresentado no prontuário, a cliente foi encaminhada para acompanhamento psicoterápico e possui prognóstico positivo devido a sua estrutura de personalidade ser preservada.

Ao realizar esse trabalho, percebeu-se uma dificuldade em encontrar estudos sobre o HTP em adultos e que apresente os fenômenos de ansiedade e depressão. Dessa

forma, para garantir a fidedignidade da análise, utilizou-se somente o Manual e Guia de Interpretação de Buck, que é o único, atualmente, aprovado pelo Conselho Federal de Psicologia.

Como alternativa para desenvolver esse estudo, utilizou-se os estudos realizados por Grassano (2012) como auxiliares para complementar o estudo do caso, tendo em vista que a pesquisadora não esteve em contato com a cliente.

A pesquisadora também entende que Pandora tem um prognóstico positivo se estiver em um acompanhamento psicoterapêutico.

Sugere-se, portanto, que mais estudos como esse possam ser realizados, pois as técnicas projetivas são ricas e admiráveis no âmbito da avaliação psicológica, principalmente, para obtenção de informações de um sujeito por meio de sua linguagem não verbal.



CAPÍTULO 5

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esse trabalho teve como objetivo geral investigar a colaboração do Teste HTP em adulto para os fenômenos da ansiedade e depressão. Os objetivos específicos eram compreender e aprofundar o estudo do teste do HTP na sua interpretação.

Para isso fez-se um estudo sobre a ansiedade e depressão e sobre a Avaliação Psicológica. Verificou-se que as terminologias de ansiedade e depressão são constructos construídos ao longo do tempo e que o indivíduo irá experienciá-los de acordo com o seu momento histórico. No momento atual, observou-se que um dos sentimentos geradores de depressão e ansiedade é a sensação de desfragmentação do homem que gera uma insegurança podendo acarretar diversos problemas, inclusive somáticos e emocionais (LIPOVETSKY, 2007).

Já o objetivo de uma avaliação psicológica é ajudar o cliente a compreender a si mesmo e que ao ser encaminhado para um processo de psicoterapia possa restabelecer um vínculo consigo mesmo, compreendendo sua própria situação diante da vida.

Como o foco principal desse trabalho foi verificar as contribuições do HTP para a ansiedade e depressão, as limitações encontradas nesse estudo foram justamente relacionadas com os poucos estudos brasileiros a cerca dessa técnica projetiva que é rica em interpretação não-verbal. Perceber de maneira indireta indicadores que possam auxiliar o psicólogo em temas tão relevantes, como a ansiedade e depressão, com o auxílio dos desenhos, nos faz considerar e ressaltar como sugestão pesquisas futuras para o HTP.

Dotada de encanto e beleza, a Pandora mitológica poderia ser um majestoso presente para a humanidade. Contudo, derrama sobre os homens todos os males. Embora a passagem seja uma alegoria, muitas vezes percebe-se que há a presença de momentos psíquicos que abalam a nossa confiança e presença diante da vida. Esses males muitas vezes são revestidos em ansiedade, depressão, suicídio. Enfim, uma dificuldade em significar a vida, a sua história e a si mesmo.

A vida é deveras um puro desassossego, não parece ser aleatório ser a esperança – “esperar por algo” – a última a ficar na caixa. Embora, a Pandora mitológica introduza

o mal no mundo, é ela quem é capaz de oferecer simbolicamente a resposta para que a condição humana tente ultrapassar os obstáculos e as adversidades.

Quanto à nossa Pandora, para não ser liquidada no mundo louco de hoje, deverá encontrar em si mesma uma maneira de sustentar essa fragmentação. Para isso, seria interessante que ela refletisse sobre a sua rigidez, necessidade de controle e seus sentimentos de fuga para a fantasia, como apontado na avaliação psicológica. Ou quem sabe, ela possa lembrar que, apesar da sua “irmã mitológica” carregar todos os males, ela também carrega todos os dons que a conectam com sua origem mais elevada, afinal de contas, Pandora é uma criação divina.

REFERÊNCIAS

- American Psychiatric Association. Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-IV. 4a ed. Porto Alegre: Artes Médicas; 1995.
- ANCONA-LOPES, Marília. Contexto Geral do diagnóstico clínico. In: TRINCA, Walter. Diagnóstico psicológico: a prática clínica. São Paulo: EPU, 1984.
- ARAUJO, Bráulio Santos Rabelo de. O conceito de aura, de Walter Benjamin, e a indústria cultural. In: Pós. Rev Programa Pós-Grad Arquit Urban. FAUUSP [online]. 2010, n.28. (pp. 120-143).
- ARAUJO, Maria de Fátima. Estratégias de diagnóstico e avaliação psicológica. Psicol. teor. prat., São Paulo, v. 9, n. 2, dez. 2007. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-36872007000200008&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 26/09/2014.
- BATELAAN, Neeltje M. et al. Mixed anxiety depression should not be included in DSM-5. The Journal of nervous and mental disease, v. 200, n. 6, p. 495-498, 2012.
- BALLONE Geraldo José. - Depressão e Ansiedade - in. PsiqWeb, Internet. <<http://www.psiqweb.med.br/>, revisto em 2007>. Acesso em: 10 de julho de 2014.
- BAUMAN, Zygmunt. Identidade. 1. ed. Rio de Janeiro. Zahar, 2005.
- BEZERRA JR, Benilton. A psiquiatria ea gestão tecnológica do bem-estar. Ser feliz hoje: reflexões sobre o imperativo da felicidade. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2010.
- BIRMAN, Joel. Mal-estar na atualidade. 4. ed. Rio de Janeiro: Ed. Civilização Brasileira, 2003.
- BECK, Aaron, CLARK, David. Terapia cognitiva para os Transtornos da Ansiedade. Artmed, 2012.
- BORSA, Juliane Callegaro. Considerações sobre o uso do Teste da Casa-Árvore-Pessoa - HTP. (2010). Avaliação Psicológica, 9(1), 151-154. <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-04712010000100017&lng=pt&tlng=pt> Acesso em: 26 de julho de 2014
- BUCK, John N. H-T-P: casa-árvore-pessoa, técnica projetiva de desenho: Manual e Guia de Interpretação. 1. ed. São Paulo. Vetor, 2003.
- CANGUILHEM, G. O normal e o patológico (1966). 6a. Edição. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2009.
- CHALITA, Gabriel. Vivendo a filosofia. Atual Ed., 2004.
- CID-10 – Classificação dos Transtornos Mentais e de Comportamento da CID-10: Descrições Clínicas e Diretrizes Diagnósticas – Organização Mundial da Saúde, trad. Dorgival Caetano, Porto Alegre: Artmed, 1993
- CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. Cartilha sobre Avaliação Psicológica. Brasília: Conselho Federal de Psicologia 2007.

- CORDÁS, T. A. Uma breve história dos transtornos ansiosos. São Paulo: Lemos Editorial, 2004.
- CUNHA, Jurema. Alcides. Psicodiagnóstico- V. 5a ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 2003.
- DALGALARRONDO Paulo. Psicopatologia e semiologia dos transtornos mentais. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2000.
- DANTAS, Jurema Barros; DE CARVALHO MOURA, Michelle Thieme. Depressão: mal da humanidade? Possíveis relações entre depressão, saber “psi” e modos contemporâneos de subjetivação. *Mnemosine*, v. 7, n. 1, 2011.
- FRANÇA, Vera. A felicidade ao seu alcance”: que felicidade, e ao alcance de quem, afinal. Ser feliz hoje: reflexões sobre o imperativo da felicidade. Rio de Janeiro: Editora FGV, p. 213-226, 2010.
- FREUD, Sigmund. O mal-estar na civilização. Rio de Janeiro: Imago, 1997.
- GALEANO, Eduardo. O teatro do bem e do mal. 1. ed. L&PM, 2006.
- GLAS, Gerrit, A conceptual history of anxiety and depression. In: J.A. den Boer & A. Sitsen (Eds.), *Handbook on Anxiety and Depression*. 2. ed. Marcel Dekker: New York/Basel/Hong Kong, 2003.
- GONÇALVES, Alda Martins; SENA, RR de. A reforma psiquiátrica no Brasil: contextualização e reflexos sobre o cuidado com o doente mental na família. *Rev latino-am Enfermagem*, v. 9, n. 2, p. 48-55, 2001.
- GRASSANO, Elsa. Indicadores psicopatológicos nas técnicas projetivas. 1. ed. São Paulo: WMF Martins Fontes, 2012.
- GRUBITS, Sonia. A casa: cultura e sociedade na expressão do desenho infantil. *Psicologia em Estudo*, v. 8, n. spe, p. 97-105, 2003.
- JACKSON, Stanley W. Melancholia and Depression. From Hippocratic Times to Modern Times. In: J.A. den Boer & A. Sitsen (Eds.), *Handbook on Anxiety and Depression*. 2. Ed. Marcel Dekker: New York/Basel/Hong Kong, 2003.
- LAMPERT, Ernâni. Pós-modernidade e conhecimento: educação, sociedade, ambiente e comportamento humano. Porto Alegre: Sulina, 2005.
- LIPOVETSKY, Gilles; Charles, Sebastien. Os tempos hipermodernos. 1. ed. São Paulo: Barcarolla, 2004.
- LOWEN, Alexander. Bioenergética. Feltrinelli Editore, 1982.
- LOWEN, Alexander. Corpo em Depressão, O. 8. Ed. Grupo Editorial Summus, 1983.
- LÜDKE, Menga., ANDRÉ, M. E. D. A. Pesquisa em Educação: abordagens qualitativas. São Paulo: E.P.U., 1986.
- MACKINNON, Dean. HOEHN-SARIC, Rudolf, Is there a common etiology for Depression and Anxiety?. In: J.A. den Boer & A. Sitsen (Eds.), *Handbook on Anxiety and Depression*. 2. Ed. Marcel Dekker: New York/Basel/Hong Kong, 2003.

MACHADO, Adriane Picchetto. Manual de Avaliação Psicológica. Curitiba: Unificado, 2007.

OCAMPO, M. L. S. et al. O processo psicodiagnóstico e as técnicas projetivas. 11. ed. São Paulo: Martins Fontes, 2005.

PRIMI, Ricardo. Inteligência: avanços nos modelos teóricos e nos instrumentos de medida. Avaliação psicológica, v. 2, n. 1, p. 67-77, 2003.

http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_pdf&pid=S1677-04712003000100008&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt .

Acesso em: 08 de setembro de 2014.

PRIMI, Ricardo. Avaliação psicológica no Brasil: fundamentos, situação atual e direções para o futuro. Psicologia: Teoria e Pesquisa, v. 26, n. 25ANOS, p. 25-36, 2010. Acesso em: 08 de setembro de 2014.

QUEVEDO, João; DA SILVA, Antônio Geraldo. Depressão: Teoria e Clínica. Artmed. 2013

SATEPSI, Sistema de Avaliação de Testes Psicológicos. Os Dilemas da Avaliação Psicológica. TESTES PSICOLÓGICOS. CD.

<<http://www.pol.org.br/satepsi> > Acesso em: 08 de julho de 2014.

STOPPE JÚNIOR, Alberto; CORDÁS, Táki Athanássios. Depressão e ansiedade. RBM rev. bras. med, v. 59, n. 4, p. 221-228, 2002.

URBINA, Susana. Fundamentos da testagem psicológica. 1. ed. Artmed, 2007.

WHO . Relatório mundial de saúde: trabalhando juntos pela saúde. 1. Ed. Lisboa, OMS, 2002. Disponível em: < http://www.who.int/whr/2001/en/whr01_djmessage_po.pdf>.

Acesso em: 25/10/2014.

YIN, Robert K. Estudo de caso: planejamento e métodos. Porto Alegre: Bookman, 2001.

ANEXOS

Anexo I – Termo de Consentimento utilizado no CENFOR

TERMO DE CONSENTIMENTO

Declaro estar ciente que:

1. Serei atendido no processo de _____, que será conduzido por um aluno/estagiário do último ano do curso de Psicologia do UniCEUB, que será orientado por um professor devidamente qualificado e inscrito no CRP – Conselho Regional de Psicologia.
2. Os atendimentos poderão ser observados através de uma sala destinada a este fim, para que o estagiário possa ser orientado pelo professor –supervisor e para que outros alunos possam também aprender com o acompanhamento do caso.
3. De acordo com os objetivos do Projeto de Estágio, os atendimentos poderão ser filmados ou gravados, para fins de acompanhamento da evolução do caso e/ou pesquisa.
4. O estagiário guardará segredo (sigilo profissional) em relação ao que for tratado nas sessões, exceto na supervisão.
5. Nos casos em que o cliente for inscrito no CENFOR por Instituições/Empresas, o professor-supervisor poderá encaminhar laudos psicológicos a um outro profissional da mesma área, a critério da Instituição/Empresa e/ou critério do próprio CENFOR.
6. Os casos atendidos no CENFOR, para serem divulgados publicamente, seja como relatório, artigo, monografia ou em simpósios, congressos, etc., deverão submeter-se à aprovação de um Comitê de Ética em Pesquisa.

Data: ____ / ____ / ____

Aluno

Professor Orientador

Assinatura

Assinatura

Cliente: _____

Assinatura

Anexo II – Parecer de Aprovação do Comitê de Ética

CENTRO UNIVERSITÁRIO DE
BRASÍLIA - UNICEUB



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Colaborações do Teste HTP para investigação da depressão e ansiedade em um Estudo de Caso no contexto da Avaliação Psicológica

Pesquisador: Frederico Guilherme Ocampo Abreu

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 36623914.0.0000.0023

Instituição Proponente: Centro Universitário de Brasília - UNICEUB

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 835.040

Data da Relatoria: 17/10/2014

Apresentação do Projeto:

O principal objetivo deste trabalho será pesquisar o Teste HTP (house-tree-person) para investigação da personalidade no contexto de avaliação psicológica, para os fenômenos de ansiedade e depressão. O HTP tem como objetivo entender aspectos da personalidade do indivíduo, bem como a forma deste indivíduo interagir com as pessoas e com o ambiente. Os elementos desenhados pelo participante mostram como é vivenciada sua singularidade. Será uma pesquisa de estudo de caso único, na qual o participante passou pelo processo de avaliação psicológica no Centro de Formação de Psicólogos do Uniceub (CENFOR). A metodologia de análise dos dados será feita por meio do prontuário do participante e utilizar-se-á o Manual aprovado pelo Conselho Federal de Psicologia para o teste H-T-P. A análise de informações será qualitativa, dos desenhos e do inquérito do teste projetivo do HTP e de possíveis testes de personalidade aplicados e que estejam presentes no prontuário do cliente. Serão também utilizadas as informações constantes na anamnese.

Objetivo da Pesquisa:

A hipótese e os objetivos da pesquisa encontram-se bastante claros.

A hipótese principal do trabalho será investigar a contribuição do teste projetivo H-T-P nos fenômenos de ansiedade e depressão em adultos e observar se essa técnica é interessante para o

Endereço: SEPN 70/907 - Bloco 6, sala 6.110, 1º andar

Bairro: Setor Universitário

CEP: 70.790-075

UF: DF

Município: BRASÍLIA

Telefone: (61)3966-1200

Fax: (61)3966-1511

E-mail: comite.bioetica@uniceub.br

CENTRO UNIVERSITÁRIO DE
BRASÍLIA - UNICEUB



Continuação do Parecer: 835.040

diagnóstico de ansiedade e depressão.

Seu objetivo primário será "investigar a contribuição do Teste HTP para investigação da personalidade no contexto da Avaliação Psicológica para os fenômenos de ansiedade e depressão.

Seus objetivos Secundários serão:

- Caracterizar ansiedade e depressão;
- Analisar um caso real envolvendo os sintomas de ansiedade e depressão como foco no Teste Projetivo HTP;
- Verificar como o Teste HTP em adulto, proposto nesse estudo, possibilita a identificação dos sintomas.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Segundo os pesquisadores, não haverá neste trabalho "riscos maiores do que os encontrados nas atividades cotidianas". Todavia, enfatizam que, caso haja algum inconveniente os pesquisadores encaminharão o participante para o núcleo de atendimento psicoterápico do CENFOR para cuidados necessários e possíveis reparações.

Segundo o pesquisador, o trabalho não apresenta benefícios diretos ou indiretos.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de um trabalho simples, porém dentro das regras da pesquisa científica.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Foram apresentados os seguintes termos/requisitos necessários para a aprovação do projeto:

- Folha de Rosto para Pesquisa envolvendo Seres Humanos, devidamente assinada;
- Folha de autorização do CENFOR, também assinada; o pesquisador informa que, em virtude do acordado com o Comitê de Ética e o Uniceub, quando a pesquisa se referir à análise de prontuário, o termo de consentimento será o mesmo utilizado no primeiro momento em que o cliente do CENFOR assinar seu consentimento em iniciar o acompanhamento terapêutico;
- Termo de Consentimento para assinatura do participante;
- O cronograma encontra-se adequado à aprovação da pesquisa pelo Comitê de Ética;
- O pesquisador informa que não haverá gastos na realização da pesquisa. O CEP ressalta que toda pesquisa apresenta um custo, por menor que seja.
- Também estão anexados os currículos da Plataforma Lattes.

Recomendações:

O CEP-Uniceub ressalta a necessidade de atenção às diretrizes éticas nacionais quanto aos incisos

Endereço: SEPN 70/907 - Bloco 6, sala 6.110, 1º andar
Bairro: Setor Universitário **CEP:** 70.790-075
UF: DF **Município:** BRASILIA
Telefone: (61)3966-1200 **Fax:** (61)3966-1511 **E-mail:** comite.bioetica@uniceub.br

**CENTRO UNIVERSITÁRIO DE
BRASÍLIA - UNICEUB**



Continuação do Parecer: 835.040

XI.1 e XI.2 da Resolução 466/12 CNS/MS concernentes às responsabilidades do pesquisador no desenvolvimento do projeto. Tal resolução substitui a Resolução CNS n. 196/96.

Observação: Ao final da pesquisa enviar Relatório de Finalização da Pesquisa ao CEP. O envio de relatórios deverá ocorrer pela Plataforma Brasil, por meio de notificação de evento. O modelo do relatório encontra-se disponível na página do Uniceub

http://www.uniceub.br/instituicao/pesquisa/ins030_pesquisacomitebio.aspx, em Formulário de Acompanhamento para Projetos Aprovados.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Sugere-se a aprovação do projeto.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

Protocolo previamente avaliado por este CEP, com parecer N° 835.018/2014, tendo sido homologado na 17ª Reunião Ordinária do CEP-Uniceub, em 17 de outubro de 2014.

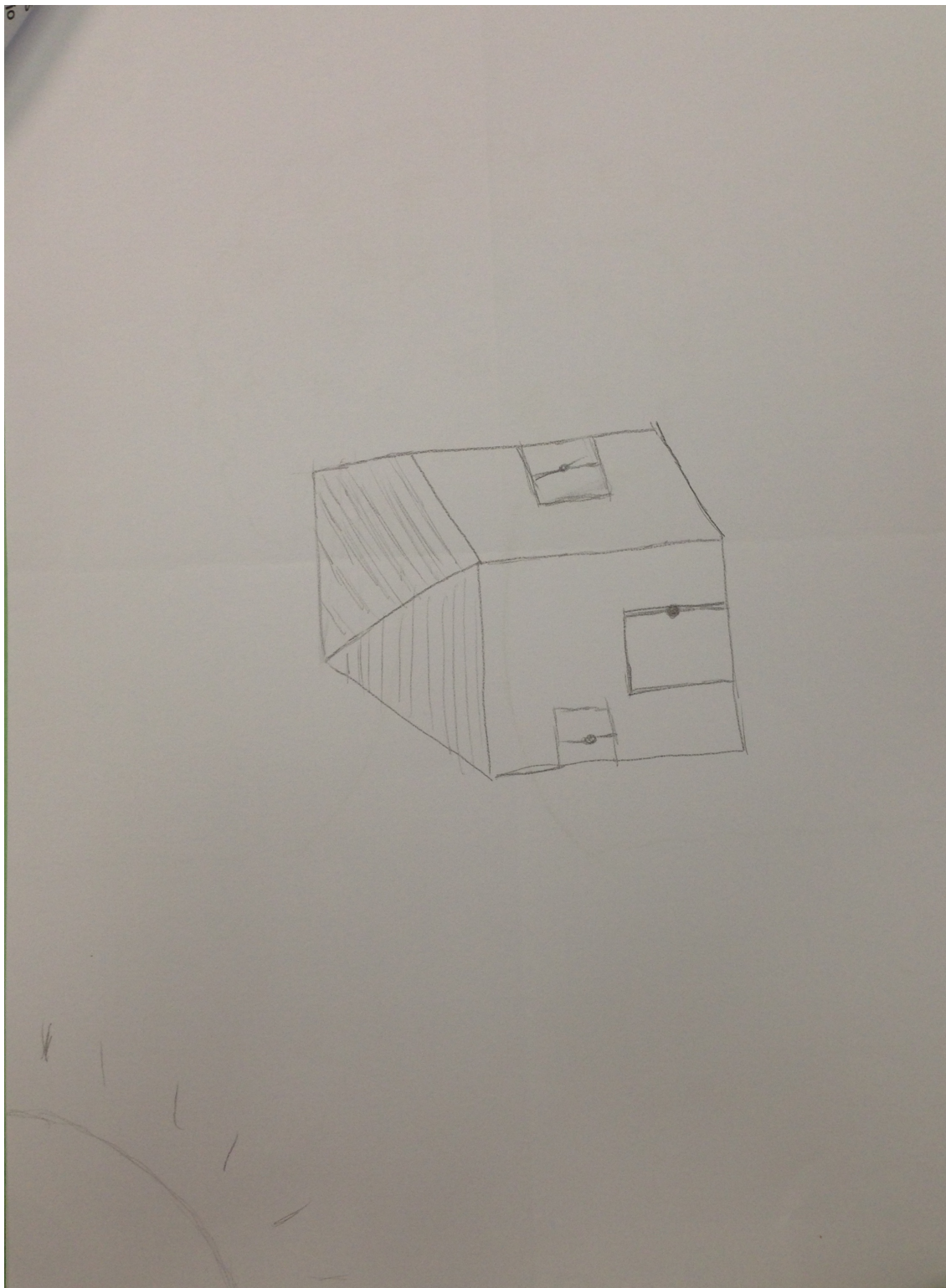
BRASILIA, 21 de Outubro de 2014

Assinado por:
Marília de Queiroz Dias Jacome
(Coordenador)

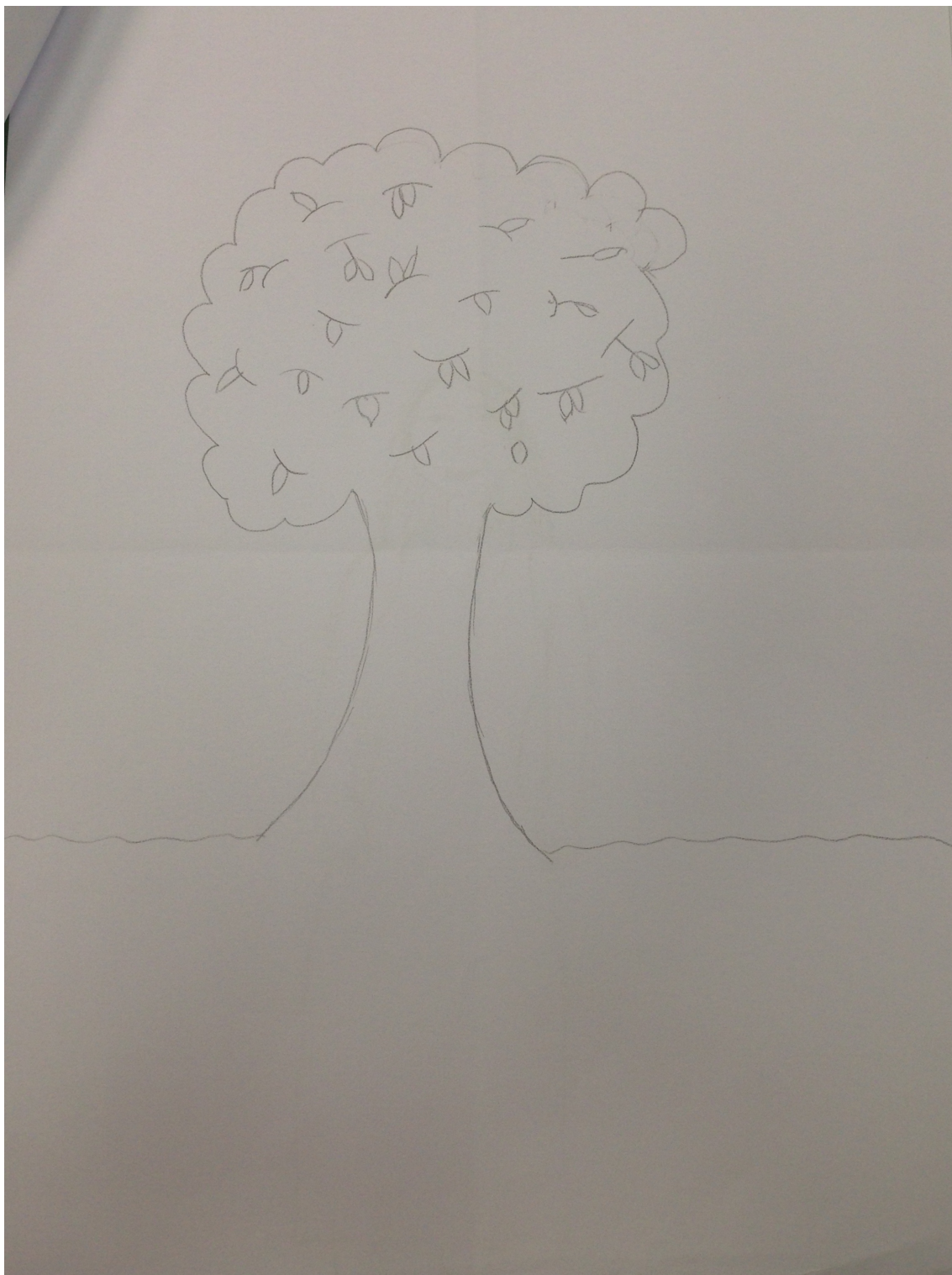
Endereço: SEPN 70/907 - Bloco 6, sala 6.110, 1º andar
Bairro: Setor Universitário **CEP:** 70.790-075
UF: DF **Município:** BRASILIA
Telefone: (61)3966-1200 **Fax:** (61)3966-1511 **E-mail:** comite.bioetica@uniceub.br

Anexo III – Imagens do Teste HTP

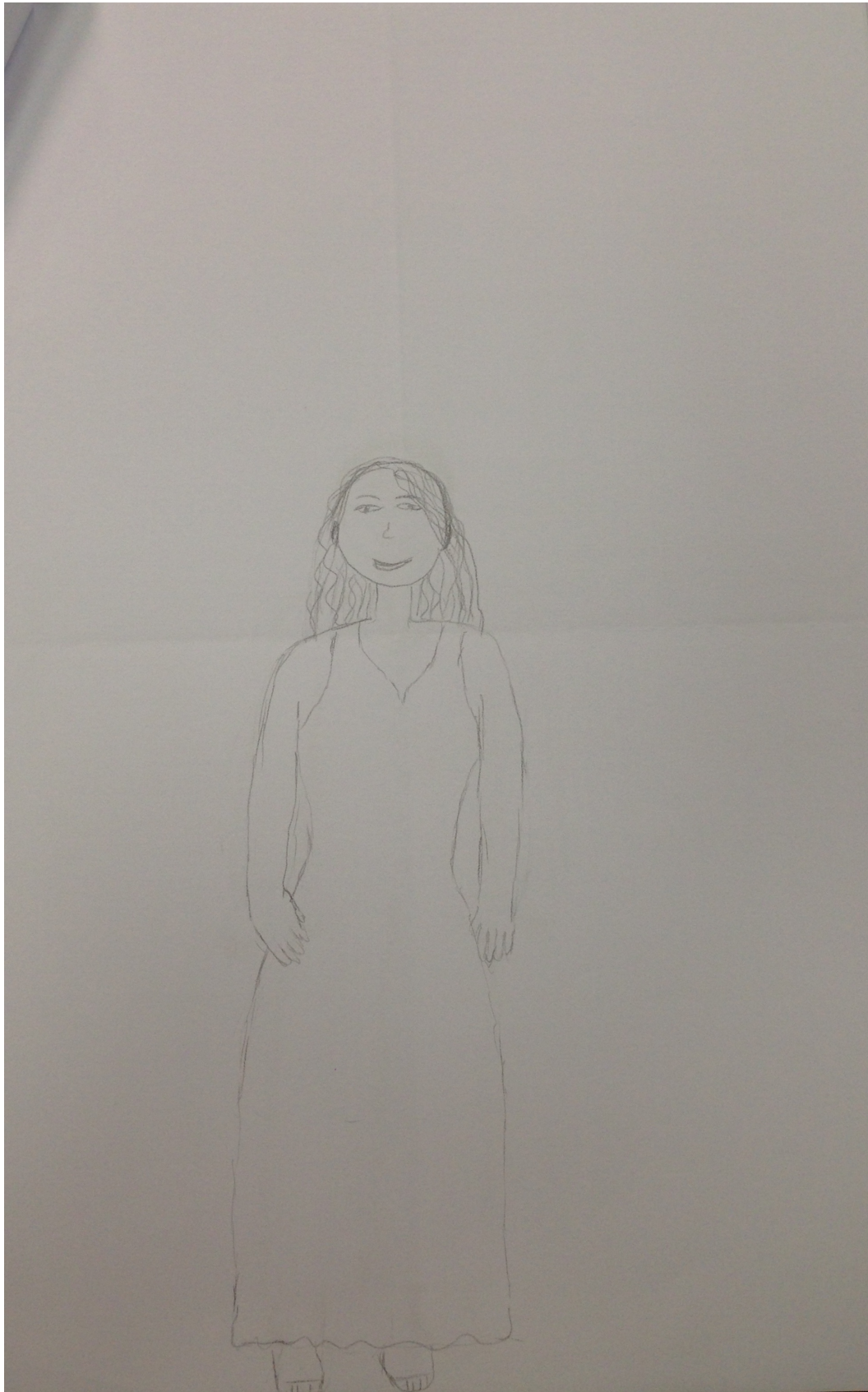
Casa



Árvore



Pessoa



Pessoa do Sexo diferente

